

Deliberazione della Giunta Regionale 24 luglio 2023, n. 22-7271

Realizzazione Nuovo blocco di emergenza/urgenza del Presidio Ospedaliero Sant'Andrea di Vercelli - Approvazione della proposta di Documento Programmatico per l'acquisizione del parere del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute ai fini del finanziamento ai sensi dell'art. 20 Legge 67 del 11.03.1988 e s.m.i.



Seduta N° 381

Adunanza 24 LUGLIO 2023

Il giorno 24 del mese di luglio duemilaventitre alle ore 10:50 in Torino presso la sede della Regione Piemonte, via Nizza 330 - Torino si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Fabio Carosso Presidente e degli Assessori Chiara Caucino, Luigi Genesio Icardi, Matteo Marnati, Maurizio Raffaello Marrone, Fabrizio Ricca, Andrea Tronzano con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Assenti, per giustificati motivi: il Presidente Alberto CIRIO, gli Assessori Elena CHIORINO - Marco GABUSI - Vittoria POGGIO - Marco PROTOPAPA

DGR 22-7271/2023/XI

OGGETTO:

Realizzazione Nuovo blocco di emergenza/urgenza del Presidio Ospedaliero Sant'Andrea di Vercelli - Approvazione della proposta di Documento Programmatico per l'acquisizione del parere del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute ai fini del finanziamento ai sensi dell'art. 20 Legge 67 del 11.03.1988 e s.m.i.

A relazione di: Icardi

Premesso:

che l'art. 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;

che il decreto legislativo 30.12.1992, n. 502, e in particolare l'art. 5 del decreto legislativo 19.06.1999 n. 229, successivamente integrato 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 n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i.;

che 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 del 11.03.1988 e s.m.i.;

che 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;

che 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;

che in data 29.06.2015 la Regione, con D.G.R. n. 26-1653, ha approvato 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 novembre 2014 e s.m.i.;

che in data 18.01.2022 il Consiglio regionale ha approvato la D.C.R. n. 193-974 ad oggetto *“Prima Programmazione di indirizzo di carattere strategico generale di investimenti in edilizia sanitaria per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri”*.

Considerato:

che il sistema sanitario sta affrontando, in questi ultimi anni, una forte trasformazione che non riguarda solo l'innovazione del modello organizzativo e la tecnologia, ma riguarda anche il rapporto servizi-paziente, con conseguenze 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;

che la Regione intende aggiornare il programma di investimenti in edilizia sanitaria, soprattutto a seguito dell'opera di censimento del patrimonio sanitario piemontese che ha evidenziato condizioni di obsolescenza, portando a generare importanti costi sia di gestione che di manutenzione;

che a causa della eccezionale sollecitazione ai servizi sanitari nazionali e regionali dovuti alla pandemia Covid-19, la rete ospedaliera regionale è stata interessata ad attivare prevalentemente interventi di ristrutturazione e riorganizzazione al fine di migliorare gli aspetti gestionali e strutturali risultati critici;

che 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 con la D.C.R. n. 193-974 in data 18.01.2022 citata in premessa, tra gli altri interventi per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri, risulta per l'ASL di Vercelli la realizzazione del nuovo presidio ospedaliero DEA di 1[^] livello per un importo complessivo di euro 155.000.000,00.

Considerato:

che la realizzazione del nuovo blocco di emergenza/urgenza, data la peculiarità dell'intervento e vista la necessità di attuazione nel più breve tempo possibile, risulta finanziabile con i fondi disponibili di cui all'art. 20 della Legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i., senza peraltro precludere la possibilità di realizzare il completamento del nuovo Presidio Ospedaliero Sant'Andrea di Vercelli ai sensi del D.P.C.M. 4 febbraio 2021 (Iniziativa urgente di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, valutabili dall'INAIL nell'ambito dei propri piani triennali di investimento), in considerazione anche del fatto che la somma stanziata dall'INAIL per il rifacimento del presidio ospedaliero ammonta ad € 155.000.000,00, cifra che attualmente risulta insufficiente per coprire l'intera opera.

Preso atto

che con deliberazione n. 268 del 14.03.2023 il Direttore Generale dell'ASL di Vercelli ha

approvato, ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii lo studio di fattibilità Tecnica e Economica riguardante l'intervento di realizzazione del "*Nuovo Blocco di emergenza/urgenza del presidio ospedaliero Sant'Andrea di Vercelli CUP D65F23000010003*", comprensivo della dotazione delle relative apparecchiature tecnologiche che costituirà il primo edificio funzionale del nuovo ospedale di Vercelli, propedeutico per l'ottenimento del finanziamento necessario; che con la stessa Deliberazione sopra citata il Direttore Generale dell'ASL di Vercelli ha approvato, tra le altre cose, il quadro economico dell'opera che ammonta complessivamente ad euro 53.500.000,00, così suddivisi: euro 50.825.000,00 (95%) a carico dello Stato ed euro 2.675.000,00 (5%) a carico della Regione; che la quota statale 95% dell'intervento sopra citato trova capienza nel fondo residuo di cui ai precedenti finanziamenti derivanti dall'ex art. 20 della Legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i. e trova copertura a partire dalla Delibera CIPE n. 97/2008.

Dato atto che:

le assunzioni delle obbligazioni giuridiche conseguenti al presente provvedimento sono subordinate all'emissione da parte del Ministero del Decreto di ammissione al finanziamento e alla conseguente variazione di bilancio finalizzata a recepire gli stanziamenti dei fondi statali In entrata ed in uscita delle correlate spese;

la quota di cofinanziamento regionale, nella misura del 5%, di (€ 2.675.000,00) trova copertura negli stanziamenti iscritti nel bilancio 2023 – 2025 Missione 13 Programma 5 approvato con legge regionale 24 aprile 2023, n. 6 *capitolo 247536 secondo il seguente schema:*

esercizio 2023 importo 585.941
esercizio 2024 importo 800.000
esercizio 2025 importo 1.289.059
Totale 2.675.000

che, ai sensi della Circolare n. 33 del 31.12.2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, il finanziamento art. 20 Legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i. 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 al Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute, ai fini del finanziamento ex art.20 della Legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i., 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 di Vercelli, 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 53.500.000, di cui euro 50.825.000,00 (95%) a carico dello Stato ed euro 2.675.000,00 (5%) a carico della Regione.

Dato inoltre atto che:

la presente proposta di Documento Programmatico sarà inviata al Ministero della Salute al fine di essere sottoposta al parere del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici.

Preso atto:

della comunicazione in data 16.03.2023 prot. 14778 dell'ASL di Vercelli nella quale si precisa: "*La non sovrapposibilità dei finanziamenti ex art. 20 L. 67/88 con altri programmi di investimento, come prescritto nella Circolare MEF n.33 del 31/12/2021, in riferimento al progetto di "Realizzazione del nuovo blocco di emergenza/urgenza del Presidio Ospedaliero S.*

Andrea di Vercelli” (CUP D65F23000010003)”.

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 14.05.2021

Informata preventivamente la Commissione consigliere competente,

Tutto ciò premesso la Giunta Regionale unanime,

delibera

1. di approvare, ai fini dell'acquisizione del parere del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute, la proposta di Documento Programmatico allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, 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, per la realizzazione del progetto dell'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli relativo a “Nuovo blocco di emergenza/urgenza del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli (CUP D65F23000010003)”, comprensivo della dotazione delle relative apparecchiature tecnologiche, che costituirà il primo edificio funzionale del nuovo ospedale di Vercelli,
2. di dare atto che l'intervento di cui sopra prevede il seguente quadro economico finanziario: costo complessivo euro 53.500.000,00 di cui euro 50.825.000,00 (95%) a carico dello Stato ed euro 2.675.000,00 (5%) a carico della Regione,
3. 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 Legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i. in oggetto non si sovrappone ad altri programmi di investimento e che è garantito il rispetto dell'assenza del doppio finanziamento;
4. di dare atto che l'importo pari ad euro 50.825.000,00 trova copertura con il fondo residuo di cui ai precedenti finanziamenti derivanti dall'ex art. 20 della Legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i., in particolare la quota statale trova copertura a partire dalla Delibera CIPE n. 97/2008;
5. di dare atto che l'assunzione delle obbligazioni giuridiche conseguenti al presente provvedimento sono subordinate all'approvazione da parte del Ministero del Decreto di ammissione al finanziamento e alla conseguente variazione di bilancio finalizzata a recepire gli stanziamenti dei fondi statali in entrata ed in uscita delle correlate spese, fatti salvi gli importi per la progettazione.
6. di dare atto che la quota di cofinanziamento regionale, nella misura del 5%, di (€ 2.675.000.000) può essere utilizzata dall'ASL VC per l'avvio della progettazione e trova copertura negli stanziamenti iscritti nel bilancio 2023 – 2025 Missione 13 Programma 5 approvato con legge regionale 24 aprile 2023, n. 6 capitolo 247536 secondo il seguente schema:

esercizio 2023 importo 585.941
esercizio 2024 importo 800.000
esercizio 2025 importo 1.289.059
Totale 2.675.000

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.

Sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

DGR-7271-2023-All_1-2_BLOCCO_EMERGENZA_URGENZA_VC_rev03.pdf

1.



Allegato

¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento



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

**NUOVO BLOCCO DI EMERGENZA/URGENZA
DEL PRESIDIO OSPEDALIERO
S. ANDREA DI VERCELLI**

DATA: MAGGIO 2023

INDICE

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	4
<i>0.a. Identificazione dell'Accordo</i>	4
<i>0.b. Quadro finanziario.....</i>	5
<i>0.c. Definizione degli obiettivi dell'A.d.P.</i>	7
<i>0.d. Sintesi della coerenza interna.....</i>	9
<i>0.e. Sintesi delle coerenze esterne.....</i>	21
<i>0.f. Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale</i>	22
1. ANALISI SOCIO-SANITARIA ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	26
<i>1.a. Il contesto internazionale e nazionale</i>	26
<i>1.b. La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono.....</i>	28
<i>1.b.1. Quadro epidemiologico.....</i>	28
<i>1.b.2. Quadro demografico.....</i>	30
<i>1.b.3. Quadro socio-economico</i>	33
<i>1.b.4. Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso</i>	41
<i>1.b.5. Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale).....</i>	44
<i>1.b.6. Offerta ante-operam.....</i>	46
<i>1.b.7. Analisi e valutazione della continuità assistenziale</i>	77
<i>1.c. Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati.....</i>	82
<i>1.c.1. Identificazione dei bisogni assistenziali.....</i>	82
<i>1.c.2. Descrizione della strategia</i>	83
2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	87
<i>2.a Obiettivi del Programma.....</i>	87
<i>2.a.1. Analisi dei problemi e priorità</i>	87
<i>2.a.2. La catena degli obiettivi.....</i>	87
<i>2.a.3. Interventi progettuali.....</i>	88
<i>2.a.4. Quadro economico finanziario dell'intervento</i>	88
<i>2.a.5. Offerta post-operam</i>	89
<i>2.b. Coerenza interna della strategia</i>	89
<i>2.b.1. Relazione e complementarità tra le priorità</i>	89
<i>2.b.2. Analisi dei rischi</i>	93
3. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE.....	97
<i>3.a. Coerenza con la programmazione settoriale e intersettoriale</i>	97
<i>3.a.1. Coerenza con le priorità nazionali e regionali della nuova Programmazione europea 2021/2027</i>	97
<i>3.a.2. Coerenza con gli strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale</i>	98
<i>3.b. Sostenibilità degli interventi</i>	99
<i>3.b.1. Analisi delle condizioni generali</i>	99
<i>3.b.2. Sostenibilità economica e finanziaria dell'intervento.....</i>	100
<i>3.b.3. Fattibilità amministrativa e gestionale.....</i>	100
<i>3.b.4. Sostenibilità di risorse umane</i>	101
<i>3.b.5. Sostenibilità ambientale</i>	101
<i>3.b.6. Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche.....</i>	103
4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	103

4.a Sistema di indicatori	103
4.a.1 Indicatori di contesto	103
4.a.2. Indicatori di Programma	103
4.a.3. Indicatori di Efficacia ed Efficienza	105
4.a.4. Definizione del sistema di indicatori	107
4.a.5. Fonti di verifica	108
4.b. Impatti del Programma.....	108
4.b.1. Accettabilità sociale del Programma	108
4.b.2. Valore aggiunto del programma	108
4.b.3. Health Technology Assessment.....	109
5. SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	109
5.a. Presupposti e sistemi di gestione del programma	109
5.a.1. Presupposti organizzativi e finanziari	109
5.a.2. Presupposti economici e sociali.....	109
5.a.3. Modalità realizzative.....	109
5.b. Sistemi di monitoraggio del Programma	110
5.c. Sistema di monitoraggio degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.....	110
5.c.1. Programmazione degli interventi.....	110
5.c.2. Attuazione e gestione degli interventi finanziati.....	110
5.c.3. Monitoraggio attuazione degli interventi finanziati.....	111

ALLEGATO 1 – SCHEDE DI RIFERIMENTO

Matrice del quadro logico

Analisi S.W.O.T.

Obiettivi / Indicatori / Interventi

Obiettivi ed indicatori dell'AdP

 Obiettivi generali dell'AdP

 Obiettivi specifici dell'AdP

Quadro finanziario contenuto nella proposta di AdP

Verifica dell'analisi di contesto

Analisi dell'offerta attuale

Analisi dell'offerta prevista a seguito della realizzazione degli interventi

Articolazione degli interventi dell'AdP per tipologie

Fabbisogno finanziario per Obiettivi

Fabbisogno finanziario per Categorie

Fabbisogno finanziario per Tipologie di intervento

ALLEGATO 2 – 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.

Recentemente, a causa della pandemia Covid-19, la rete ospedaliera regionale è stata interessata da interventi tesi a "ristrutturare" sostanzialmente l'articolazione dei posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva nonché i percorsi e i Pronto Soccorso, alla luce soprattutto di quanto previsto dall'art. 2 del D.L. 34/2020. Sulla rete ospedaliera e territoriale la pandemia ha inciso fortemente 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.

All'interno di tale contesto su cui, come detto, ha inciso fortemente la pandemia del Covid-19, si inserisce il presente Documento Programmatico, che ha per oggetto la realizzazione di un nuovo edificio destinato al Dipartimento di emergenza/urgenza del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli, ampliato negli spazi rispetto all'attuale, collegato con l'ospedale esistente, costruito secondo tecniche e caratteristiche progettuali conseguenti all'esperienza maturata nel periodo pandemico.

L'obiettivo è quello di realizzare un intervento estremamente importante per la Sanità del territorio, consentendo alla popolazione della Provincia di Vercelli e zone limitrofe di usufruire di un nuovo Blocco di emergenza/urgenza che contenga al suo interno diverse funzioni tecniche, con caratteristiche di base e specialistiche tali da raggiungere i necessari e indispensabili obiettivi di eccellenza, impiegando strutture tecnologicamente avanzate e attente ai bisogni complessivi delle persone.

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 agli Accordi di Programma che saturano le precedenti risorse di cui all'art.20 della L.67/88, in particolare con gli Accordi di Programma per la realizzazione del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino [nel prosieguo PSRI di Torino] e della Città della Salute e della Scienza di Novara [nel prosieguo CSS di Novara], fatto salvo l'Accordo di Programma integrativo per le tecnologie e gli arredi dei due nuovi poli ospedalieri che sono previsti dai Documenti Programmatici che costituiscono parte integrante degli AdP sottoscritti il 14 febbraio 2018 e il 17 novembre 2022.

La precedente disponibilità dei finanziamenti statali, per un totale di € 377.545.413,98 (a cui è da sommare l'importo revocato per l'intervento di via Borgoticino) derivava da:

- € 185.444.700,96 (delibera CIPE del 18.12.2008 n. 97);
- € 166.416.896,28 (delibera CIPE del 18.12.2008 n. 98);
- € 17.914.046,22 (interventi revocati Omegna e Moncalieri);
- € 7.769.770,23 (interventi revocati Città della Salute Novara e O.I.R.M. Torino).

A fronte di tale disponibilità il 14 febbraio 2018 sono stati sottoscritti dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e dalla Regione Piemonte gli Accordi di Programma [AdP] per la realizzazione del PSRI di Torino e della CSS di Novara. Gli Accordi citati prevedono i finanziamenti statali e regionali per la realizzazione dei due nuovi poli ospedalieri e indicano inoltre – con precisa quantificazione nel Documento Programmatico agli stessi AdP. allegati - le risorse derivanti da fondi di cui all'art.20 da destinare alle tecnologie ed arredi per l'allestimento e il completamento delle due opere al fine di renderle funzionali e funzionanti (v. TABELLA A).

Successivamente, a seguito della gara andata deserta, è stato sottoscritto dal Ministero della Salute e dalla Regione Piemonte un nuovo Protocollo d'intesa relativo ad un nuovo Accordo di Programma (sottoscritto in data 17/11/2022) per la realizzazione della CSS di Novara. L'Accordo sottoscritto approva un nuovo quadro finanziario, rispetto al precedente, e prevede un'implementazione delle risorse dello Stato per un importo pari a euro 94.143.950,00 (fondi di cui all'art.1, c.555, legge n.145/2018 - Delibera CIPE 51 del 24.07.2019) e del finanziamento regionale per euro 4.700.050,14.

TABELLA A
IMPORTO RESIDUALE DERIVANTE DA PRECEDENTI FINANZIAMENTI ART.20 L.67/88

FINANZIAMENTO	IMPORTO STATO	IMPORTO REGIONE (già impegnato)	IMPORTO TOTALE
Disponibilità prima degli AdP PSRI di Torino e CSS di Novara	377.545.413,98	20.128.590,14	397.674.004,12
<i>Importo AdP del 14.02.2018 PSRI di Torino (a sottrarre)</i>	<i>142.478.259,87</i>	<i>7.501.740,13</i>	<i>149.980.000,00</i>
<i>Importo AdP del 14.02.2018 CSS di Novara (a sottrarre)</i>	<i>95.375.350,00</i>	<i>5.274.649,86</i>	<i>100.649.999,86</i>
Disponibilità dopo gli AdP PSRI di Torino e CSS di Novara	139.691.804,11	7.352.200,15	147.044.004,26
<i>Importo tecnologie e arredi PSRI di Torino - AdP da sottoscrivere (a sottrarre)</i>	<i>107.521.740,13</i>	<i>5.659.038,95</i>	<i>113.180.779,08</i>
<i>Importo tecnologie e arredi CSS di Novara - AdP da sottoscrivere (a sottrarre)</i>	<i>32.170.062,87</i>	<i>1.693.161,20</i>	<i>33.863.224,07</i>
Disponibilità residua dopo che saranno sottoscritti gli AdP per le tecnologie e arredi del PSRI di Torino e della CSS di Novara	1,11	0,00	1,11

TABELLA B
NUOVO ACCORDO DI PROGRAMMA CSS di NOVARA ART.20 L.67/88

	Realizzazione	Costo Totale €	Contributo pubblico ex art. 20 L. 67/88			Altri finanziamenti
			Stato €	Regione €	Totale €	Privato €
Intervento 1	edifici e bonifica area	419.134.000,00	189.519.300,00	9.974.700,00	199.494.000,00	219.640.000,00
TOTALE		419.134.000,00	189.519.300,00	9.974.700,00	199.494.000,00	219.640.000,00

Nella TABELLA C è riportato il quadro delle risorse complessive ancora disponibili a seguito dell'Accordo di Programma della CSS di Novara sottoscritto in data 17/11/2022.

TABELLA C
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

TABELLA D
FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88 – INTERVENTO PREVISTO

INTERVENTI	IMPORTO STATO	IMPORTO REGIONE	IMPORTO TOTALE FINANZIAMENTO ART.20
Realizzazione nuovo Blocco di Emergenza/Urgenza del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli	50.825.000,00	2.675.000,00	53.500.000,00
IMPORTO TOTALE COMPLESSIVO	50.825.000,00	2.675.000,00	53.500.000,00

Con l'Accordo di Programma che sarà sottoscritto a seguito del presente Documento Programmatico relativamente alla realizzazione di un nuovo edificio destinato al Dipartimento di emergenza/urgenza del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli, si intende utilizzare una quota di finanziamento statale pari ad euro 50.825.000,00 del fondo residuo di cui ai precedenti finanziamenti ex art. 20 (v. TABELLA C). In particolare la copertura economica è garantita a partire dalle delibere CIPE 97/2008.

Si evidenzia altresì, in ordine a quanto previsto dal c.1, art.10 dell'Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005 relativo all'attuazione dell'art.1, comma 188, della legge n.311/2004, come descritto nello Studio di fattibilità, che una quota pari ad euro 10.370.000,00 (IVA COMPRESA) è destinata agli arredi e alle tecnologie. Tale quota supera la soglia minima del 15% definita dalla normativa, la quale per il progetto in questione ammonta ad euro 8.025.000,00.

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

Il presente Documento programmatico prevede l'utilizzazione di una quota delle risorse statali pari a euro 50.825.000,00.

L'obiettivo riferito alla rete ospedaliera è quello della realizzazione di un nuovo edificio da destinare al dipartimento di emergenza/urgenza del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli. L'obiettivo è quello di realizzare un intervento estremamente importante per la Sanità del territorio, consentendo alla popolazione della Provincia di Vercelli e zone limitrofe di usufruire di un nuovo Blocco di emergenza/urgenza avente diverse funzioni tecniche e caratteristiche di base e specialistiche di livello elevato, impiegando strutture tecnologicamente avanzate.

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.

Intervento previsto

Il nuovo Blocco di Emergenza/Urgenza del P.O. S. Andrea di Vercelli

(dal Protocollo d'Intenti tra ASL VC, Regione Piemonte, Comune di Vercelli e dallo Studio di Fattibilità Tecnica ed Economica dell'ASL VC)

L'attuale Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli, alla luce degli studi effettuati, richiede un ammodernamento non più procrastinabile, soprattutto per quanto riguarda i locali destinati a Pronto Soccorso, Sale Operatorie e Terapia Intensiva.

La ristrutturazione di tali locali non risulta conveniente né dal punto di vista economico, né sotto l'aspetto tecnico. L'ASL di Vercelli necessita che venga realizzato un edificio *ex novo* destinato al Dipartimento di emergenza/urgenza, ampliato negli spazi rispetto all'attuale, collegato col Presidio Ospedaliero esistente, costruito secondo tecniche e caratteristiche progettuali conseguenti all'esperienza maturata nel periodo pandemico, che possa rispondere nell'immediato alle mutate esigenze sanitarie e tecnologicamente avanzato anche sotto il profilo del ridotto impatto ambientale.

L'intervento consiste nella realizzazione di un nuovo edificio di Emergenza/Urgenza per una superficie totale di circa 12.600 mq, distribuita su 5 livelli, dove sono ospitate le funzioni di:

- Pronto Soccorso e Camera Calda (Livello 0);
- Terapia Intensiva (Livello 1);
- Locali Tecnici (Livello 2);
- Sale Operatorie (Livello 3);
- Centrale di Sterilizzazione (Livello 4).

Il nuovo edificio è pienamente integrato con il Presidio Ospedaliero esistente, con il quale viene messo in comunicazione in corrispondenza di due piani, in modo da garantire il collegamento tra i reparti esistenti di Cardiologia e Chirurgia rispettivamente con la Terapia Intensiva (1° livello) e le Sale Operatorie (3° livello) previste nel nuovo Blocco.

Inoltre, la localizzazione, la morfologia e l'organizzazione tipologica del nuovo edificio garantisce la possibilità di costruzione di un futuribile nuovo ospedale, andandone a costituire il primo blocco funzionale.

Obiettivi generali

- G1. Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione;
- G2. Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera in termini di risposta al fabbisogno, accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema;

Obiettivi specifici

- S1. Riorganizzazione dell'assistenza specialistica per livelli di complessità;
- S2. Riqualificazione del presidio ospedaliero;
- S3. Adeguamento alle norme di sicurezza sismiche e dell'antincendio;
- S4. Ristrutturazione del presidio ospedaliero;
- S5. Adeguamento a standard tecnologici elevati.

Obiettivi operativi

- O1. Riorganizzazione delle attività di area medica, chirurgica, delle cure intensive e dei servizi di supporto;
- O2. Interventi di messa in sicurezza antincendio;
- O3. Interventi di miglioramento sismico;
- O4. Realizzazione di nuovo padiglione degenze;
- O5. Interventi diffusi di ristrutturazione;
- O6. Riqualificazione del parco attrezzature e tecnologie.

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'ammmodernamento 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
	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;
	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 intrventi 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. 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.
	Decreto 23 maggio 2022 n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”.
	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”.
	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 all’ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.2. 1.1.2.”
	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;
Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale	D.C.R n. 286-18810 del 8.05.2018, rete ospedaliera regionale. programma di interventi in edilizia sanitaria;
	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;
	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;
	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 Appropriately 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";
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;
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;
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;
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;

	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;
	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;
Accreditamento, qualità, appropriatezza	D.G.R. n. 156-21885 del 06.08. 97, Accredito provvisorio delle Case di Cura private;
	D.C.R. n. 616-3149 del 22.02.00, Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie;
	D.G.R. n. 11-4878 del 21.12.01, Degenza media e il tasso di utilizzo dei posti letto richiesto alle Aziende sanitarie;
	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;
	D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.07, Definizione dei tempi d'attesa;
	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;
	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;
	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;
	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;
	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;
	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;
	D.D. n. 383 del 26.05.2011, D.G.R. 44-1980 del 29 aprile 2011. Istituzione Tavolo di confronto permanente;
	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;
	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;
	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;
	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 inappropriatelyzza;
	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;
	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. 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;
Implementazione sistemi ICT	D.G.R. n. 34-3555 del 02.08.06, Riordino del sistema informativo regionale;
Investimenti in sanità	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;

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.;
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;
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";

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;
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”;
D.C.R. 250-32638 del 22.10.2013 “Programma per la realizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli Ospedali Psichiatrici giudiziari”;
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”;
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;
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;
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;
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;
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”;
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”;
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;

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;
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;
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;
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;
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;
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);
	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'8marzo 2013. riparto a favore delle Aziende Sanitarie Regionali di complessivi € 7.119.668,28;
	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;
	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. 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".
	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 all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.2. 1.1.2."
Consistenze organiche, approvvigionamento e gestione dei magazzini	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";
	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;
Clinical Governance	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;

Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali	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;
Revisione dei sistemi di emergenza-urgenza sanitaria	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 epidemiologica 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 marzo2020, 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;
	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".
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.
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"
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".
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"

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

- con riferimento all'intervento riguardante la realizzazione del nuovo Blocco di emergenza/urgenza del P.O. S. Andrea di Vercelli: gli investimenti di cui al presente documento programmatico sono compresi nella programmazione triennale dei lavori pubblici dell'Azienda Sanitaria ("Costruzione di un nuovo edificio per il Dipartimento di emergenza/urgenza del P.O. S. Andrea di

Vercelli”, codice EDISAN 2022/15, CUP D65F2300010003, ASL 206, importo 53.500.000,00 € IVA COMPRESA).

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/parteneriato1420/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. 26-1653 del 29 giugno 2015, 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.
- D.G.R. n. 53-2487 del 23 novembre 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 settembre 2016, programma di investimenti ex art.20 Legge n.67788-Adeguamento alla normativa antincendio.
- D.C.R. n. 286-18810 del 8 maggio 2018, rete ospedaliera regionale. Programma di interventi in edilizia sanitaria.
- D.C.R. n. 259-4501 del 30 gennaio 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 giugno 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 aprile 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 novembre 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.C.R. n. 193-974 del 18 gennaio 2022 Prima Programmazione Strategica di indirizzo di carattere strategico generale di investimenti in edilizia sanitaria per la realizzazione di nuovi ospedali.
- D.G.R. 5-4629 del 11 febbraio 2022 Approvazione del Programma di Investimenti in Edilizia Sanitaria per l’adeguamento sismico di strutture ospedaliere con risorse a valere sul PNRR M6, C2, 1.2 e sul fondo complementare.

- D.G.R. n. 6-4630 del 11 febbraio 2022 Approvazione Programma di Investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all'ammodernamento del Parco Tecnologico delle strutture M6, C.2, 1.1 2.
- D.C.R. n. 199-3824 del 22 febbraio 2022 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.
- D.P.G.R. n. 9 del 18 febbraio 2022 L.R. n. 26 del 26.10.2021. Costituzione dell'Azienda Sanitaria Zero.
- D.C.R. n. 257-25346 del 20 dicembre 2022 Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte".

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".
- D. Lgs. 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).
- Legge n. 145 del 30 dicembre 2018, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.
- D.L. del 26 ottobre 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.
- Legge 30 dicembre 2020 n. 178. Approvazione programma degli interventi di installazione di impianti per la produzione di ossigeno medicale, di ammodernamento delle linee di trasmissione dell'ossigeno ai reparti e di rafforzamento delle misure di sicurezza per il monitoraggio dell'atmosfera sovra ossigenata.

Normativa relativa all'emergenza epidemiologica COVID-19

- 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.
- Decreto Ministeriale 77/2022 in premessa dell'Allegato 1 “Modelli e Standard dello sviluppo dell'Assistenza Territoriale del Servizio Sanitario Nazionale”.
- D.L. del 6 maggio 2021, n. 59, coordinato con la legge di conversione 1^o luglio 2021, n. 101 Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti;
- D.L. del 31 maggio 2021, n. 77, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108 Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e di prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure;
- D.L. del 6 novembre 2021, n. 152, coordinato con la legge di conversione 29 dicembre 2021, n. 233 Disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose.

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 nostra economia, 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

1.b.1. 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.*
 - *C'è una progressiva riduzione del tasso di ricovero (la cronicità sollecita il comparto territoriale).*
 - *C'è una riduzione delle cure territoriali (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.

Tabella malattie croniche dichiarate in Piemonte e in Italia nel 2018 e 2019

Ambito	Anno	Buona salute	Una malattia cronica o più	Due malattie croniche o più	Iper-tensione	Artrosi artrite	Malattie allergiche	Osteo-porosi	BPCO	Diabete	Disturbi nervosi
Piemonte	2019	67,3	41,5	21,1	18,6	15,6	10,9	7	5,5	5,4	4,7
	2018	68,5	41,9	21,9	19,2	16,6	9,7	6,9	6,2	4,6	5,1
Italia	2019	68,8	40,9	21,1	17,9	16	11,4	8,1	6,1	5,8	4,8
	2018	68,9	40,8	21,5	18,1	16,4	11,6	8,1	6	5,6	4,6

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana, 2015-2019 (dati aggiornati estratti il 30.12.2020).

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:

- Iper-tensione;
- artrosi;
- malattie allergiche.

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

Negli ultimi 15 anni assistiamo 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%.

Tabella andamento del tasso di ricovero (ordinario e diurno - standardizzato - per 1.000 residenti) - 2013-2018

Regione	2013	2017	2018	Variazione % 2018/2013
Piemonte	137,7	122,8	122,6	-11
Lombardia	134,3	122,3	120,02	-10,6
Veneto	126,0	120,0	118,6	-5,9
Emilia Romagna	149,9	134,8	133	-11,3
Toscana	131,5	122,1	120,9	-8,1

Fonte: Rapporti di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza – Ministero della Salute – vari anni

Per le cure prestate sul territorio, in strutture di prossimità o al domicilio dei pazienti, ci si aspetterebbe quindi un'evoluzione. Invece l'indicatore relativo alla diffusione dell'Assistenza Domiciliare Integrata – sicuramente la più rilevante attività sanitaria sul territorio – tra la popolazione anziana¹, se in alcune regioni italiane fa rilevare decisi incrementi (raddoppia in Veneto), in Piemonte fa rilevare una diminuzione dei casi nell'ultimo quinquennio. In ogni caso si tratta di valori ancora lontani da quelli che tracciano l'attività ospedaliera, e questo crea problemi legati all'accessibilità ai servizi e alla domanda non soddisfatta, che coinvolgono le figure professionali dedicate ai servizi.

Tabella percentuale di anziani in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI – 2013 – 2018)

Regione	2013	2017	2018	Variazione % 2018/2013
Piemonte	2,9	2,4	2,8	- 3,4
Lombardia	1,7	2,1	2,5	47,1
Veneto	2,0	4,2	3,5	75
Emilia Romagna	4,0	3,5	3,6	- 10
Toscana	1,6	3,1	3,3	106,3

Fonte: Rapporti di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza – Ministero della Salute – vari anni

1.b.2. Quadro demografico

In breve:

- Nel 2019 in Piemonte ci sono circa 4,3 milioni di abitanti.
- È 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.

Mentre tra il 2001 e il 2018 i dati dell'Osservatorio Demografico IRES facevano rilevare un moderato aumento del numero di abitanti in Piemonte, passati da 4.214.677 a 4.356.406 (+ 3,4 %), i residenti sono diminuiti nel passaggio dal 2018 al 2019, quando osserviamo 4.341.375 abitanti (-0,3%).

I dati evidenziano, per contro, una prosecuzione del processo di invecchiamento della popolazione residente nella Regione. È aumentata in modo consistente la componente ultrasessantacinquenne, cresciuta, tra il 2001 e il 2018, del 24% (da 895.861 a 1.112.742 abitanti). Nel 2019 gli ultrasessantacinquenni sono ulteriormente aumentati a 1.120.379 (+ 0,7%). È diminuita, invece, la popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni, da 2.807.858 a 2.703.323 persone (- 3,9%) tra il 2001 e il 2018. Nel 2019 questa fascia di popolazione è ulteriormente diminuita, a 2.690.797 (-0,6% tra il 2018 e il 2019).

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 più problemi sanitari.

Tabella popolazione residente in Piemonte per gruppi di età 2019-2039

	2019	2029	2039	Variazione 2039-2109 (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

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 uomini².

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 2019³.

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.

La lettura congiunta del peso delle diverse classi di età della popolazione attraverso l'indice di vecchiaia (anziani con più di 65 anni/bambini con meno di 14 anni), che mette in relazione la popolazione anziana con quella infantile, rileva nel 2019 in Piemonte un'ulteriore crescita: l'indice è salito da 193,7 del 2015 a 205,9 del 2018 fino a 211,3 nel 2019. Più di due anziani, quindi, per ogni bambino residente, mentre, a livello nazionale, il valore dell'indice di vecchiaia, 161,4 nel 2015, si ferma, nel 2018, a 173,1 e, nel 2019, a 178,4.

Qualche considerazione relativa all'indice di invecchiamento, meglio illustrata nella tabella che segue. La percentuale di anziani con più di 65 anni nel 2015 in Piemonte era 24,8, nel 2018 era 25,5, nel 2019 25,8. Tale percentuale in Italia era 22 nel 2015, era 22,8 nel 2018 e 23,2 nel 2019⁴.

La percentuale di anziani con più di 80 anni nel 2015 in Piemonte era 7,7, nel 2018 era 8,3, nel 2019 8,6. In Italia la stessa percentuale nel 2015 era 6,7, nel 2018 era 7,2 e nel 2019 7,4⁵.

Tabella anziani > 65 anni e > 80 anni - Piemonte e Italia - 2015 - 2018 - 2019 - percentuali e scostamenti

	Percentuale > 65				Percentuale > 80		
	Piemonte	Italia	Scostamento Piemonte/Italia		Piemonte	Italia	Scostamento Piemonte/Italia
2015	24,8	22	12,7	2015	7,7	6,7	14,9
2018	25,5	22,8	11,8	2018	8,3	7,2	15,3
2019	25,8	23,2	11,2	2019	8,6	7,4	16,2
Scostamento 2019/2015	4,0	5,5		Scostamento 2019/2015	11,7	10,4	

Fonte: Elaborazioni su dati Osservatorio Demografico IRES, anni vari

La percentuale di ultrasessantacinquenni sul totale dei residenti è cresciuta di meno nell'ultimo quinquennio in Piemonte rispetto al valore medio nazionale: 4% a fronte di 5,5%.

La percentuale di ultraottantenni, per contro, è cresciuta di più: 11,7% a fronte di 10,4%.

Di conseguenza, se la percentuale di ultrasessantacinquenni si avvicina ai valori medi nazionali (lo scostamento scende da 12,7 a 11,2 % nel quinquennio 2015-2019), la percentuale di ultraottantenni aumenta il suo scostamento (che sale da 14,9 a 16,2 % nello stesso periodo).

Nell'ultimo quinquennio crescono i "grandi anziani" quindi, in Piemonte, con maggiori esigenze di assistenza e maggiore probabilità di contrarre una patologia cronica.

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.*
- *È 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 avvitamento 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 famigliari 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 Gli anziani > 65 anni rappresentano più del'80 % degli utenti dell'Assistenza Domiciliare Integrata

² Fonte ISTAT.

³ Fonte Osservatorio Demografico IRES.

⁴ Fonte Osservatorio Demografico IRES.

⁵ Fonte Osservatorio Demografico IRES.

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 (diminuisce 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.*
-

Guardando all'ultimo decennio, sono almeno tre le tappe che hanno comportato una ridefinizione dell'offerta ospedaliera e quindi, 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 le AASSRR 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 livello primario di assistenza attraverso l'integrazione fra servizi ospedalieri, servizi distrettuali e di sanità pubblica.

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2015, infatti, recuperava il concetto di gerarchia fra ospedali e tentava di strutturare la rete ospedaliera assegnando un ruolo funzionale – e non solo territoriale - a ciascun ospedale, prevedendo anche la trasformazione o la dismissione delle strutture non corrispondenti a bacini di utenza minimi e necessari a garantire un adeguato livello di qualità delle cure.

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 1-600¹ e della DGR 26-1653², 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.

La gerarchia e la specializzazione degli ospedali ha sottratto loro il ruolo di luogo omnicomprensivo per la sanità ed ha quindi comportato una razionalizzazione dell'attività ospedaliera che, nell'ottica della costituzione di percorsi di cura sostenibili, ha puntato alla riconversione del ricovero ordinario in ricovero diurno, alla trasformazione del ricovero diurno in assistenza ambulatoriale e all'incremento dell'assistenza residenziale e domiciliare, contando sul contestuale potenziamento della rete delle strutture e delle funzioni sanitarie e socio-assistenziali territoriali.

Gli effetti di questa trasformazione sono evidenti se si considera che in Piemonte³ 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 L.R. n. 20 del 23/08/1982 si è arrivati a 18 Aziende Sanitarie così suddivise: 12 ASL (Aziende Sanitarie Locali), 3 AO (Aziende Ospedaliere) e 3 AOU (Aziende Ospedaliere Universitarie). Nell'ultimo decennio, inoltre, il numero degli ospedali pubblici a gestione diretta si è ridotto da 63 a 49 unità. Si precisa che con D.P.G.R. n. 9 del 18 febbraio 2022 è stata costituita, ai sensi e per gli effetti della citata legge regionale 26 ottobre 2021, n. 26, l'Azienda Zero, quale Ente del Servizio Sanitario Regionale dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica.

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.

Però, mentre negli ultimi 15 anni si assiste ad 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, per le cure prestate sul territorio, l'indicatore relativo alla diffusione dell'Assistenza Domiciliare Integrata – sicuramente la più rilevante attività sanitaria sul territorio – tra la popolazione anziana⁴ in Piemonte fa rilevare una diminuzione dei casi nell'ultimo quinquennio.

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. Tali integrazione e specializzazione, infine, possono essere lette anche in chiave di competitività rispetto all'obiettivo del recupero della mobilità passiva.

1.b.5. Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale)

In breve:

-
- *Il saldo Regionale fra mobilità passiva e mobilità attiva è negativo (nel 2018 il saldo fra ricoveri esportati ed importati è di 6.486 unità).*
 - *Il 7,5% dei ricoveri dei Piemontesi si consumano in altre Regioni.*
 - *I ricoveri ordinari in riabilitazione fanno rilevare un saldo positivo (sono attrattivi).*
 - *L'afflusso verso le AO/AOU è sempre inferiore al 50% tra i residenti delle ASL delle aree di loro afferenza.*
-

La mobilità dei pazienti per ricoveri tra aree della Regione e al di fuori dei confini regionali⁵ segnala un'inappropriata corrispondenza tra domanda e offerta di servizi sanitari. Secondo l'AGENAS⁶, la mobilità sanitaria sintetizza il livello di adeguatezza/soddisfazione degli utenti per le prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere, la qualità percepita delle cure, il rispetto dei tempi di attesa, le valutazioni professionali per le prestazioni erogate dai clinici che operano nelle strutture.

Sono due gli indici utilizzati per misurare la mobilità:

- **indice di fuga.** I flussi di pazienti verso strutture esterne alla propria area di residenza sono misurati con l'indice di fuga, che indica la percentuale di residenti che si ricoverano al di fuori della propria ASL. L'indice misura quindi la fuga e la scelta di curarsi al di fuori del territorio di residenza.
- **indice di attrazione.** L'analisi dell'indice di attrazione delle strutture ospedaliere fornisce, per contro, i flussi di ricoveri in ingresso, ovvero la percentuale di ricoverati non residenti nell'area di riferimento. L'indice misura l'attrazione esercitata dalle strutture in favore di utenti non residenti.

Sono due le dimensioni della mobilità che è possibile analizzare.

- **mobilità interregionale.** Comprende la mobilità dei ricoveri tra il Piemonte e le altre Regioni.
- **mobilità infraregionale.** Comprende la mobilità dei ricoveri all'interno della nostra Regione, con riferimento alla domanda di ricoveri dei residenti nelle singole ASL e all'attrazione di ricoveri da parte delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere Universitarie.

La mobilità interregionale

La mobilità interregionale incide in misura non indifferente sulle casse della sanità piemontese: la Regione rimborsa i ricoveri dei residenti consumati al di fuori del proprio territorio. Spesso la mobilità interregionale è dovuta a problemi fisiologici (in Piemonte, tra questi, vi è la vicinanza di molte ASL al territorio lombardo): è questo il caso della “mobilità di confine”, ma si aggiungono motivazioni legate all’esistenza di servizi più attrattivi e appetibili al di fuori della Regione.

In Piemonte i pazienti usciti sono più numerosi di quelli entrati: la Regione Piemonte è quindi economicamente in debito con altre Regioni che hanno curato i suoi pazienti. Nel 2018 il saldo tra ricoveri esportati e importati, secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute, era di - 6.486.

Nello stesso anno il saldo era:

- negativo per i ricoveri per acuti, ordinari (- 3.769) e in day hospital (- 5.556);
- positivo per i ricoveri in riabilitazione ordinari (+ 2.445) e leggermente negativo per i ricoveri di riabilitazione in day hospital (- 142);
- negativo per i ricoveri in lungodegenza (-6.486).

Dei 594.351 ricoveri di residenti in Piemonte, 44.645 erano in mobilità passiva nel 2018, il 7,5 % del totale.

La mobilità infraregionale

La domanda di ricoveri è influenzata dall’offerta di servizi, ospedalieri e territoriali, presenti nelle ASL di residenza.

I pazienti di una ASL possono ricoverarsi:

- in strutture ospedaliere presenti nella propria ASL;
- in Aziende Ospedaliere (o Ospedaliere Universitarie);
- in strutture ospedaliere presenti in altre ASL della Regione;
- in strutture ospedaliere fuori Regione.

Specifici fattori possono determinare una mobilità dei pazienti tra aree della Regione. Alcune strutture come le Aziende Ospedaliere (AO) e le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), ad esempio, sono riferimento per un bacino di utenti superiore a quello dell’ASL in cui insistono. Questo bacino è rappresentato, in Piemonte, dall’Area Omogenea^Z.

La tabella che segue (suddivisa per ricoveri ordinari e ricoveri in regime di day hospital) analizza la mobilità dei ricoveri dei residenti provenienti dalle 12 ASL piemontesi (in colonna), diretti (in riga):

- verso le Aziende Ospedaliere (e Aziende Ospedaliere Universitarie);
- verso le strutture di altre ASL;
- fuori Regione.

La maggior parte dei residenti nelle ASL piemontesi si ricovera nelle strutture presenti sul proprio territorio. Per la mobilità infraregionale il dato è aggiornato al 2019.

L’afflusso verso le AO/AOU è sempre inferiore al 50% tra i residenti nelle ASL appartenenti alle Aree Omogenee di afferenza (fanno eccezione i ricoveri in regime day hospital dei residenti nell’ASL Novara rivolti verso l’AOU di Novara).

I residenti nell'ASL di Vercelli si ricoverano in media per più del 7% in strutture fuori Regione sia per i ricoveri ordinari sia per i ricoveri in regime di day hospital.

Tabella mobilità infraregionale ricoveri ordinari dei residenti nelle ASL Piemontesi, 2019

Destinazione \ Provenienza	CITTA' DI TORINO	TO3	TO4	TO5	VC	BI	NO	VCO	CN1	CN2	AT	AL
EX TO1	10,5	5,1	1,8	4,1	0,2	0,2	0,0	0,1	0,4	0,5	0,5	0,1
EX TO2	26,8	7,4	11,9	4,8	0,4	0,9	0,1	0,1	0,5	1,5	1,3	0,2
TO3	3,5	39,4	0,8	2,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,7	0,2	0,3	0,0
TO4	4,4	2,5	56,8	1,4	1,4	2,1	0,2	0,4	0,1	0,3	0,6	0,1
TO5	2,3	1,9	1,3	43,4	0,1	0,2	0,1	0,0	0,4	0,6	1,6	0,1
VC	0,6	0,4	2,3	0,5	56,0	4,3	2,4	0,8	0,1	0,1	0,3	1,5
BI	0,2	0,2	0,7	0,1	4,2	72,2	0,5	0,3	0,1	0,0	0,1	0,2
NO	0,1	0,1	0,4	0,1	9,8	2,2	30,1	8,3	0,2	0,3	0,2	0,6
VCO	0,3	0,2	0,5	0,3	2,5	1,2	2,9	67,7	0,2	0,3	0,2	0,2
CN1	0,3	1,0	0,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	41,0	8,2	0,3	0,1
CN2	0,4	1,0	0,3	1,2	0,1	0,1	0,0	0,0	2,8	63,3	2,7	0,2
AT	0,3	0,2	0,2	0,7	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	3,8	67,0	1,4
AL	0,2	0,2	0,4	0,1	1,1	0,2	0,1	0,2	0,2	1,3	5,3	44,0
CITTA' DELLA SALUTE - Torino	31,4	16,9	13,6	27,0	2,1	2,4	0,9	0,7	2,9	5,0	4,5	1,1
MAURIZIANO UMBERTO I - Torino	11,5	4,5	2,3	3,7	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,6	0,8	0,1
AOU S.LUIGI - Orbassano	1,5	12,9	1,0	2,6	0,2	0,3	0,0	0,1	0,3	0,3	0,4	0,1
MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	0,1	0,1	0,3	0,1	10,3	4,2	46,4	6,1	0,0	0,1	0,1	0,5
AO S. CROCE E CARLE - Cuneo	0,2	0,6	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	45,6	8,2	0,3	0,1
OSP. SS.ANTONIO E BIAGIO -	0,1	0,1	0,1	1,3	1,0	0,3	0,3	1,0	0,2	1,0	7,0	34,7
FOND. PIEMONTE ONCOLOGIA -	0,6	1,5	0,6	0,1	0,3	0,4	0,1	0,1	0,2	0,5	0,7	0,3
Altre Regioni	4,7	3,9	4,7	3,8	9,6	8,2	15,5	13,8	3,8	3,9	5,7	14,6
Totale (valori assoluti)	85,767	50,958	47,681	28,730	17,271	17,031	34,446	17,304	45,178	16,048	20,338	50,174

Fonte: IRES Piemonte, elaborazione da dati SEPI.

Tabella xx: mobilità infraregionale ricoveri day hospital residenti nelle ASL Piemontesi, 2019

Destinazione \ Provenienza	CITTA' DI TORINO	TO3	TO4	TO5	VC	BI	NO	VCO	CN1	CN2	AT	AL
EX TO1	12,9	8,1	4,4	6,4	0,6	0,5	0,1	0,3	0,8	1,1	2,3	0,4
EX TO2	24,2	10,5	14,6	8,4	1,0	1,4	0,2	0,1	1,4	2,9	2,3	0,3
TO3	0,5	19,9	0,3	1,2	0,1	1,7	0,0	0,0	0,5	1,0	0,1	0,0
TO4	1,0	1,4	46,4	0,5	1,5	1,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,4	0,1
TO5	2,1	1,9	1,3	33,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,4	0,6	1,3	0,0
VC	0,1	0,1	0,8	0,0	50,1	4,6	2,3	0,9	0,1	0,1	0,2	1,0
BI	0,1	0,1	0,4	0,1	4,5	68,5	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1
NO	0,0	0,0	0,0	0,0	5,2	0,3	15,3	5,4	0,0	0,0	0,0	0,0
VCO	0,2	0,2	0,2	0,2	3,0	0,8	3,7	75,8	0,1	0,1	0,2	0,1
CN1	0,1	0,8	0,1	0,9	0,0	0,1	0,0	0,0	28,1	3,9	0,1	0,0
CN2	1,0	2,3	0,6	2,4	0,0	0,2	0,0	0,0	12,6	64,5	4,9	0,8
AT	0,2	0,2	0,3	1,1	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	3,1	54,8	1,6
AL	0,1	0,1	0,3	0,0	1,4	0,2	0,1	0,0	0,2	0,4	5,0	38,1
CITTA' DELLA SALUTE - Torino	38,9	24,3	19,4	30,1	3,6	4,8	2,0	1,1	5,7	7,8	9,1	2,1
MAURIZIANO UMBERTO I - Torino	11,2	7,1	4,1	5,2	0,4	0,4	0,1	0,1	0,4	0,8	1,6	0,3
AOU S.LUIGI - Orbassano	3,7	16,1	2,3	4,3	0,6	0,6	0,1	0,2	0,6	0,6	1,0	0,3
MAGGIORE DELLA CARITA' - Novara	0,2	0,2	0,5	0,2	19,8	7,9	66,8	7,5	0,0	0,1	0,4	1,1
AO S. CROCE E CARLE - Cuneo	0,2	0,5	0,1	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	44,5	7,2	0,3	0,1
OSP. SS.ANTONIO E BIAGIO - Alessandria	0,2	0,2	0,1	3,7	1,2	0,7	0,4	0,2	0,8	2,6	10,1	41,8
FOND. PIEMONTE ONCOLOGIA - Candiolo	1,5	4,2	1,3	0,4	0,6	0,4	0,1	0,1	0,6	0,9	1,5	0,3
Altre Regioni	1,9	1,8	2,5	1,3	6,0	5,1	8,2	7,7	3,2	2,3	4,1	11,6
Totale	36,671	24,902	22,168	14,343	5,889	5,881	13,079	5,983	17,137	7,220	7,096	17,135

Fonte: IRES Piemonte, elaborazione da dati SEPI.

1.b.6. Offerta ante-operam

In breve:

- *In Piemonte ci sono 92 ospedali in rete pubblica con 16.130 posti letto (escluso il nido). Gli ospedali pubblici a gestione diretta sono 48, si articolano su 52 strutture ed hanno 11.472 posti letto (escluso il nido). Poiché la loro superficie è pari a 2.283.980 m², la superficie a posto letto è di circa 200 m²/pl.*
 - *La qualità strutturale degli ospedali è pari al 74,4%, in una scala dove al 100% corrisponde il pieno soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento. Il 40% circa delle strutture ospedaliere risulta critico per qualità strutturale.*
 - *In una scala da 0 a 100, l'obsolescenza media degli ospedali è pari a 69,7, confermando che le dinamiche evolutive degli ospedali si stanno attualmente svolgendo nella fase intermedia della loro vita utile. Il 67% circa delle strutture ospedaliere risulta critica per obsolescenza. Una parte di queste strutture, che costituisce circa il 27% delle 52 strutture ospedaliere, inoltre, ha 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 fabbisogno per l'adeguamento edilizio degli ospedali regionali a gestione diretta è stimato in circa 1,71 miliardi di euro (al netto degli interventi già ammessi a finanziamento alla data del 31 luglio 2020 e degli adeguamenti antisismici).*
 - *Le Richieste di Finanziamento delle Aziende per il triennio 2020-2022 ammonta ad 1,5 miliardi di euro.*
 - *9 Aziende su 18 hanno ospedali critici per qualità, obsolescenza ed incidenza dei costi di adeguamento.*
 - *13 ospedali su 52 hanno un profilo di criticità edilizia altissimo.*
 - *Sono strategie per il miglioramento quella dell'innovazione e dell'adeguamento mirato nel contesto di una programmazione partecipata.*
-

Consistenza della rete ospedaliera

- In Piemonte ci sono 92 ospedali in rete pubblica con 16.130 posti letto (escluso il nido).

Tabella strutture ospedaliere a gestione diretta

Identificativo ASR (nome esteso)	Denominazione Presidi Ospedalieri Pubblici Regione Piemonte	Città	Livello di qualità strutturale [Qs]	Età convenzionale [Ec]	Costi di adeguamento (oneri inclusi) [Ca]	Superficie dello stato di fatto [Ssdf]	Posti letto complessivi [Rt]
			Dominio: _0: totale difformità ai requisiti edilizi; _100: piena conformità ai requisiti edilizi; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Dominio: _0: fase di avvio; _100: fase di collasso; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Sono esclusi gli adeguamenti alla disciplina antisismica importi in euro. Elaborazione RES Piemonte; Fonte: procedura EDISAN-DES, ciclo 2020	Superfici in metri quadrati. Fonte DES, estrazione gennaio 2020	Posti letto in Ricovero Ordinario, RO, specialità 31 esclusa + posti letto in Ricovero Diurno, RD. Fonte DWARPE_R01, gennaio 2020
A.S.L. Città di Torino	Ospedale O.R.L. Martini, Torino	Torino	77,4	70,9	€ 27.088.505	39.795	256
	Ospedale Amedeo di Savoia, Torino	Torino	60,1	86,9	€ 30.906.577	29.128	88
	Ospedale Maria Vittoria, Torino	Torino	68,3	76,2	€ 34.374.162	37.239	309
	Ospedale Giovanni Bosco, Torino	Torino	68,8	77,0	€ 42.811.050	46.429	361
A.S.L. TO3	Ospedale degli Infermi, Rivoli	Rivoli	85,5	62,9	€ 19.829.890	46.648	258
	Ospedale Civile, Susa	Susa	75,2	73,7	€ 10.807.574	14.005	54
	Ospedale Civile E.Agnelli, Pinerolo	Pinerolo	73,2	72,6	€ 31.614.968	38.811	236

Identificativo ASR (nome esteso)	Denominazione Presidi Ospedalieri Pubblici Regione Piemonte	Città	Livello di qualità strutturale [Qs]	Età convenzionale [Ec]	Costi di adeguamento (oneri inclusi) [Ca]	Superficie dello stato di fatto [Ssdf]	Posti letto complessivi [Rt]
			Dominio: _0: totale difformità ai requisiti edilizi; _100: piena conformità ai requisiti edilizi; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Dominio: _0: fase di avvio; _100: fase di collasso; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Sono esclusi gli adeguamenti alla disciplina antisismica Importi in euro. Elaborazione IRES Piemonte; fonte: procedura EDISAN-DES, ciclo 2020	Superfici in metri quadrati. Fonte DES, estrazione gennaio 2020	Posti letto in Ricovero Ordinario, RO, specialità 31 esclusa + posti letto in Ricovero Diurno, RD. Fonte DWARPE_R01, gennaio 2020
	Ospedale di Pomaretto	Pomaretto	59,0	41,0	€ 8.414.092	7.686	18
	Nuovo Ospedale di Venaria	Venaria	100,0	3,0	€ 0	10.000	76
A.S.L. TO4	Presidio Ospedaliero Riunito, Ciriè	Ciriè	74,2	72,7	€ 22.685.570	29.052	255
	Presidio Ospedaliero Riunito, Lanzo	Lanzo	63,5	75,7	€ 21.002.346	19.594	102
	Ospedale Civico di Chivasso	Chivasso	73,6	73,4	€ 19.318.014	23.929	203
	Ospedale Civile, Ivrea	Ivrea	66,1	77,9	€ 30.215.008	29.339	256
	Ospedale Civile, Cuorgnè	Cuorgnè	66,3	73,9	€ 15.841.844	15.023	120
A.S.L. TO5	Ospedale Maggiore, Chieri	Chieri	80,1	68,9	€ 20.412.447	38.790	138

Identificativo ASR (nome esteso)	Denominazione Presidi Ospedalieri Pubblici Regione Piemonte	Città	Livello di qualità strutturale [Qs]	Età convenzionale [Ec]	Costi di adeguamento (oneri inclusi) [Ca]	Superficie dello stato di fatto [Ssdf]	Posti letto complessivi [Rt]
			Dominio: _0: totale difformità ai requisiti edilizi; _100: piena conformità ai requisiti edilizi; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Dominio: _0: fase di avvio; _100: fase di collasso; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Sono esclusi gli adeguamenti alla disciplina antisismica Importi in euro. Elaborazione IRES Piemonte; fonte: procedura EDISAN-DES, ciclo 2020	Superfici in metri quadrati. Fonte DES, estrazione gennaio 2020	Posti letto in Ricovero Ordinario, RO, specialità 31 esclusa + posti letto in Ricovero Diurno, RD. Fonte DWARPE_R01, gennaio 2020
A.S.L. VC	Ospedale Santa Croce, Moncalieri	Moncalieri	73,2	73,1	€ 15.310.499	18.677	170
	Ospedale San Lorenzo, Carmagnola	Carmagnola	82,2	67,2	€ 10.777.793	19.026	126
A.S.L. VC	Ospedale Sant'Andrea, Vercelli	Vercelli	62,3	80,8	€ 67.306.000	61.580	252
	Ospedale Nuovo di Borgosesia	Borgosesia	96,4	40,4	€ 2.500.000	23.816	77
A.S.L. BI	Ospedale Nuovo di Biella	Biella	96,2	45,4	€ 13.568.000	130.039	462
A.S.L. NO	Ospedale SS. Trinità, Borgomanero	Borgomanero	62,9	79,4	€ 42.185.697	38.746	226
A.S.L. VCO	Ospedale San Biagio, Domodossola	Domodossola	54,3	84,3	€ 43.677.284	31.475	272
	Stabilimento Ospedaliero Castelli, Verbania	Verbania	66,5	77,7	€ 41.479.229	42.382	

Identificativo ASR (nome esteso)	Denominazione Presidi Ospedalieri Pubblici Regione Piemonte	Città	Livello di qualità strutturale [Qs]	Età convenzionale [Ec]	Costi di adeguamento (oneri inclusi) [Ca]	Superficie dello stato di fatto [Ssdf]	Posti letto complessivi [Rt]
			Dominio: _0: totale difformità ai requisiti edilizi; _100: piena conformità ai requisiti edilizi; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Dominio: _0: fase di avvio; _100: fase di collasso; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Sono esclusi gli adeguamenti alla disciplina antisismica Importi in euro. Elaborazione IRES Piemonte; fonte: procedura EDISAN-DES, ciclo 2020	Superfici in metri quadrati. Fonte DES, estrazione gennaio 2020	Posti letto in Ricovero Ordinario, RO, specialità 31 esclusa + posti letto in Ricovero Diurno, RD. Fonte DWARPE_R01, gennaio 2020
	Ospedale Madonna del Popolo, Omegna	Omegna	51,9	84,6	€ 21.584.850	14.698	91
A.S.L. CN1	Ospedale di Ceva	Ceva	85,1	61,8	€ 6.932.487	15.888	61
	Nuovo Ospedale di Mondovì	Mondovì	89,3	58,1	€ 20.078.916	71.345	166
	Ospedale Maggiore SS. Annunziata, Savigliano	Savigliano	70,5	74,4	€ 39.536.502	44.740	252
	Ospedale Civile di Saluzzo	Saluzzo	67,9	73,3	€ 20.513.081	22.330	85
	Ospedale Maggiore SS. Trinità, Fossano	Fossano	76,0	60,8	€ 9.841.418	14.549	76
A.S.L. CN2	Ospedale Civico di San Lazzaro, Alba (in fase di dismissione)	Alba	68,7	78,2	€ 25.997.382	26.790	286

Identificativo ASR (nome esteso)	Denominazione Presidi Ospedalieri Pubblici Regione Piemonte	Città	Livello di qualità strutturale [Qs]	Età convenzionale [Ec]	Costi di adeguamento (oneri inclusi) [Ca]	Superficie dello stato di fatto [Ssdf]	Posti letto complessivi [Rt]
			Dominio: _0: totale difformità ai requisiti edilizi; _100: piena conformità ai requisiti edilizi; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Dominio: _0: fase di avvio; _100: fase di collasso; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Sono esclusi gli adeguamenti alla disciplina antisismica Importi in euro. Elaborazione IRES Piemonte; fonte: procedura EDISAN-DES, ciclo 2020	Superfici in metri quadrati. Fonte DES, estrazione gennaio 2020	Posti letto in Ricovero Ordinario, RO, specialità 31 esclusa + posti letto in Ricovero Diurno, RD. Fonte DWARPE_R01, gennaio 2020
	Ospedale Santo Spirito, Bra (in fase di dismissione)	Bra	68,8	77,8	€ 16.339.296	17.883	14
	Nuovo Ospedale di Verduno - Alba-Bra						
A.S.L. AT	Ospedale Cardinal G. Massaia, Asti	Asti	96,3	42,9	€ 13.207.000	132.544	499
A.S.L. AL	Ospedale SS. Antonio e Margherita, Tortona	Tortona	79,7	71,5	€ 18.979.922	32.316	119
	Ospedale Santo Spirito, Casale	Casale Monferrato	80,8	68,8	€ 38.426.831	70.289	236
	Ospedale San Giacomo, Novi Ligure	Novi Ligure	79,9	70,9	€ 22.167.128	38.232	165
	Ospedale Civile, Acqui Terme	Acqui Terme	73,9	77,3	€ 20.258.257	26.674	85
	Ospedale Civile, Ovada	Ovada	83,3	68,4	€ 5.901.173	12.834	42

Identificativo ASR (nome esteso)	Denominazione Presidi Ospedalieri Pubblici Regione Piemonte	Città	Livello di qualità strutturale [Qs]	Età convenzionale [Ec]	Costi di adeguamento (oneri inclusi) [Ca]	Superficie dello stato di fatto [Ssdf]	Posti letto complessivi [Rt]
			Dominio: _0: totale difformità ai requisiti edilizi; _100: piena conformità ai requisiti edilizi; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Dominio: _0: fase di avvio; _100: fase di collasso; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Sono esclusi gli adeguamenti alla disciplina antisismica Importi in euro. Elaborazione IRES Piemonte; fonte: procedura EDISAN-DES, ciclo 2020	Superfici in metri quadrati. Fonte DES, estrazione gennaio 2020	Posti letto in Ricovero Ordinario, RO, specialità 31 esclusa + posti letto in Ricovero Diurno, RD. Fonte DWARPE_R01, gennaio 2020
A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino	Ospedali S.G. Battista Molinette e S. Lazzaro, Torino	Torino	60,0	82,4	€ 277.074.767	239.666	1171
	Centro Traumatologi co Ortopedico, Torino	Torino	64,8	82,2	€ 64.817.615	62.989	409
	Unità spinale, Torino	Torino	100,0	0,0	€ 0	18.118	
	Ospedale Ost. Gin. Sant'Anna, Torino	Torino	69,7	73,4	€ 48.749.987	54.181	293
	Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino	Torino	64,8	82,2	€ 46.212.453	44.958	279
	Edificio di via Zuretti, Torino	Torino	100,0	0,0	€ 0	5.125	

Identificativo ASR (nome esteso)	Denominazione Presidi Ospedalieri Pubblici Regione Piemonte	Città	Livello di qualità strutturale [Qs]	Età convenzionale [Ec]	Costi di adeguamento (oneri inclusi) [Ca]	Superficie dello stato di fatto [Ssdf]	Posti letto complessivi [Rt]
			Dominio: _0: totale difformità ai requisiti edilizi; _100: piena conformità ai requisiti edilizi; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Dominio: _0: fase di avvio; _100: fase di collasso; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Sono esclusi gli adeguamenti alla disciplina antisismica Importi in euro. Elaborazione IRES Piemonte; fonte: procedura EDISAN-DES, ciclo 2020	Superfici in metri quadrati. Fonte DES, estrazione gennaio 2020	Posti letto in Ricovero Ordinario, RO, specialità 31 esclusa + posti letto in Ricovero Diurno, RD. Fonte DWARPE_R01, gennaio 2020
A.O.U. San Luigi di Orbassano	Azienda Sanitaria Ospedaliera San Luigi, Orbassano	Orbassano	72,7	75,1	€ 72.280.527	94.541	393
A.O.U. Maggiore e della Carità di Novara	Ospedale Maggiore della Carità, Novara	Novara	56,1	84,1	€ 126.951.883	95.103	633
	Ospedale San Giuliano, Novara	Novara	71,9	76,6	€ 10.157.145	13.357	
	Ospedale San Rocco, Galliate	Galliate	67,2	78,4	€ 11.060.692	11.103	50
A.O. S. Croce e Carle di Cuneo	Ospedale Santa Croce, Cuneo	Cuneo	71,7	74,5	€ 64.246.512	76.985	651
	Ospedale Carle, Cuneo	Cuneo	57,4	81,9	€ 30.265.988	25.056	
A.O. SS. Antonio e Biagio e C.	Ospedale Infantile Cesare Arrigo, Alessandria	Alessandria	89,9	64,7	€ 5.009.300	16.708	66

Identificativo ASR (nome esteso)	Denominazione Presidi Ospedalieri Pubblici Regione Piemonte	Città	Livello di qualità strutturale [Qs]	Età convenzionale [Ec]	Costi di adeguamento (oneri inclusi) [Ca]	Superficie dello stato di fatto [Ssdf]	Posti letto complessivi [Rt]
			Dominio: _0: totale difformità ai requisiti edilizi; _100: piena conformità ai requisiti edilizi; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Dominio: _0: fase di avvio; _100: fase di collasso; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte	Sono esclusi gli adeguamenti alla disciplina antisismica Importi in euro. Elaborazione IRES Piemonte; fonte: procedura EDISAN-DES, ciclo 2020	Superfici in metri quadrati. Fonte DES, estrazione gennaio 2020	Posti letto in Ricovero Ordinario, RO, specialità 31 esclusa + posti letto in Ricovero Diurno, RD. Fonte DWARPE_R01, gennaio 2020
Arrigo di Alessan dria	Ospedale Civile SS. Antonio e Biagio, Alessandria	Alessandr ia	79,2	71,4	€ 63.116.651	104.231	513
	C.R.P. Borsalino, Alessandria	Alessandr ia	99,9	16,9	€ 35.000	11.054	79
A.O. Ordine Maurizi ano di Torino	Ospedale Umberto I, Torino	Torino	85,1	64,0	€ 33.996.770	78.480	443

Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali (2020).

Tabella ospedali e posti letto in Piemonte, 2019

Tipo Struttura	Numero di ospedali ¹	Numero di posti letto ²			TOTALE
		Day hospital	Day surgery	Ordinari	
Pubblico a gestione diretta ³	48	928	636	9.908	11.472
Privato accreditato ⁴	35	2	93	3.034	3.129
Privato equiparato ⁴	9	100	40	1.389	1.529
TOTALE	92	1.030	769	14.331	16.130

Note:

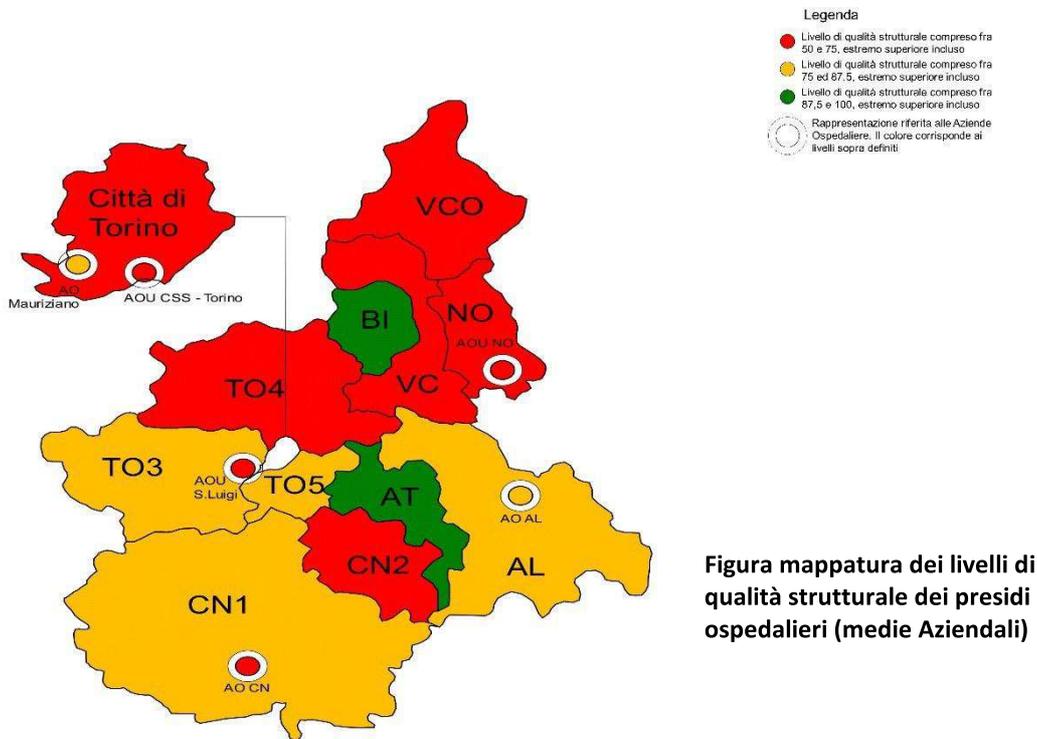
1. Sono stati considerati ospedali le strutture con posti letto per il ricovero a ciclo continuativo in specialità ospedaliere. Ad un medesimo ospedale possono corrispondere più strutture.
2. Dal computo è escluso il nido, che è presente solo negli ospedali pubblici a gestione diretta come specialità per il ricovero a ciclo continuativo con un totale di 388 culle.
3. Il computo non comprende il presidio Saapa S.p.A. (di proprietà privata), il Day Surgery del Distretto di Nichelino (privo di letti per il ricovero a ciclo continuativo), l'ospedale Oftalmico (ricoverito), l'ospedale di Venaria (sostituito da un nuovo ospedale, computato in tabella).
4. Del privato accreditato e del privato equiparato sono stati considerati solo i letti contrattualizzati (e quindi in rete pubblica).

Fonte: IRES Piemonte da flusso DWARPE_R011, aggiornamento: 1 gennaio 2020.

- I 48 ospedali pubblici a gestione diretta si articolano su 52 strutture ospedaliere gestite da 18 Aziende Sanitarie Regionali: 12 Aziende Sanitarie Locali, 3 Aziende Ospedaliere e 3 Aziende Ospedaliere Universitarie.
- I posti letto negli ospedali pubblici a gestione diretta sono 11.472 (escluso il nido): 9.908 letti per il ricovero ordinario (a ciclo continuativo) e 1.564 per il ricovero diurno (day hospital o day surgery).
- I posti letto presenti nei 48 ospedali pubblici a gestione diretta (11.472 unità, escluse le culle) sono confrontabili per numero con gli 11.088 posti letto previsti dalla programmazione regionale in materia di adeguamento della rete ospedaliera (DGR 19 novembre 2014, n. 1-600 e s.m.i.), che, rispetto al numero complessivo dei posti letto, si può quindi riconoscere come sostanzialmente attuata.

- La superficie degli ospedali pubblici a gestione diretta, pari a 2.283.980 m², ha una capacità insediativa maggiore rispetto a quella effettiva.
La valorizzazione di tale potenzialità, che in parte è già avvenuta per riscontrare l'emergenza sanitaria in corso, è possibile a fronte di investimenti e, in ogni caso, solo nelle strutture per le quali siano possibili modelli organizzativi intensivi, anche rispetto alle risorse disponibili (personale, tecnologie, presidi medici e risorse economiche) ed ai vincoli tecnologici, distributivi e funzionali eventualmente presenti.
La generosità delle superfici ospedaliere rispetto ai posti letto effettivi, se da un lato offre un margine insediativo a fronte dei picchi epidemici, dall'altro si presenta con un costo di gestione, conduzione e manutenzione più importante rispetto a quello che si avrebbe in condizioni di piena sostenibilità insediativa. Nell'ambito dei progetti per l'innovazione delle reti sanitarie locali, l'eccesso delle superfici ospedaliere può comunque presentarsi come un fattore a favore della definizione di strategie per la ricerca della continuità ospedale-ospedale od ospedale-territorio. Tali strategie potrebbero puntare sulla ridestinazione delle superfici ospedaliere in eccesso a poli per le cure intermedie o a centri per l'assistenza sanitaria a bassa complessità, ovvero a poli per l'assistenza socio-sanitaria o a residenzialità, in stretta connessione funzionale con l'ospedale, con il quale potrebbero condividere parte delle attività o dei servizi generali.
- Per gli ospedali pubblici a gestione diretta l'obiettivo del soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento è di medio periodo, poiché tali requisiti risultano mediamente riscontrati per il 74,4% (100%: pieno soddisfacimento). Guardando alle singole strutture ospedaliere ed assumendo quella del 75% come una soglia al di sopra della quale si può sostenere che i requisiti strutturali per l'accreditamento siano sostanzialmente soddisfatti, si rileva che 21 presidi su 52 (il 40% circa) non raggiungono tale soglia e si presentano quindi come critici per qualità strutturale.

Figura andamento della qualità strutturale degli ospedali Regionali (2008-2020)

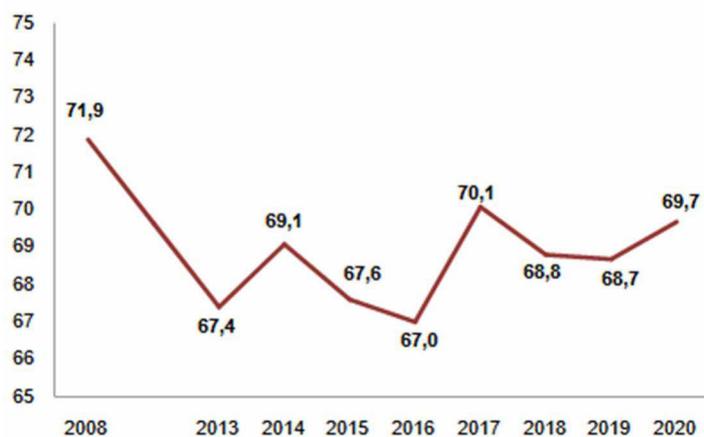


Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali (2020).

- Il mancato soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento è la conseguenza del progressivo degrado o decadimento delle prestazioni dei sistemi edilizi degli ospedali e della mancata realizzazione di interventi capaci di prevenirli o di correggerli, anche per effetto dell'obsolescenza. Infatti tutte le strutture che sono critiche per qualità strutturale lo sono anche per obsolescenza, fatta eccezione per un solo presidio (ospedale di Pomaretto, che, essendo destinato al post acuzie ospedaliero, è a bassa complessità e quindi meno sensibile agli effetti dell'obsolescenza).

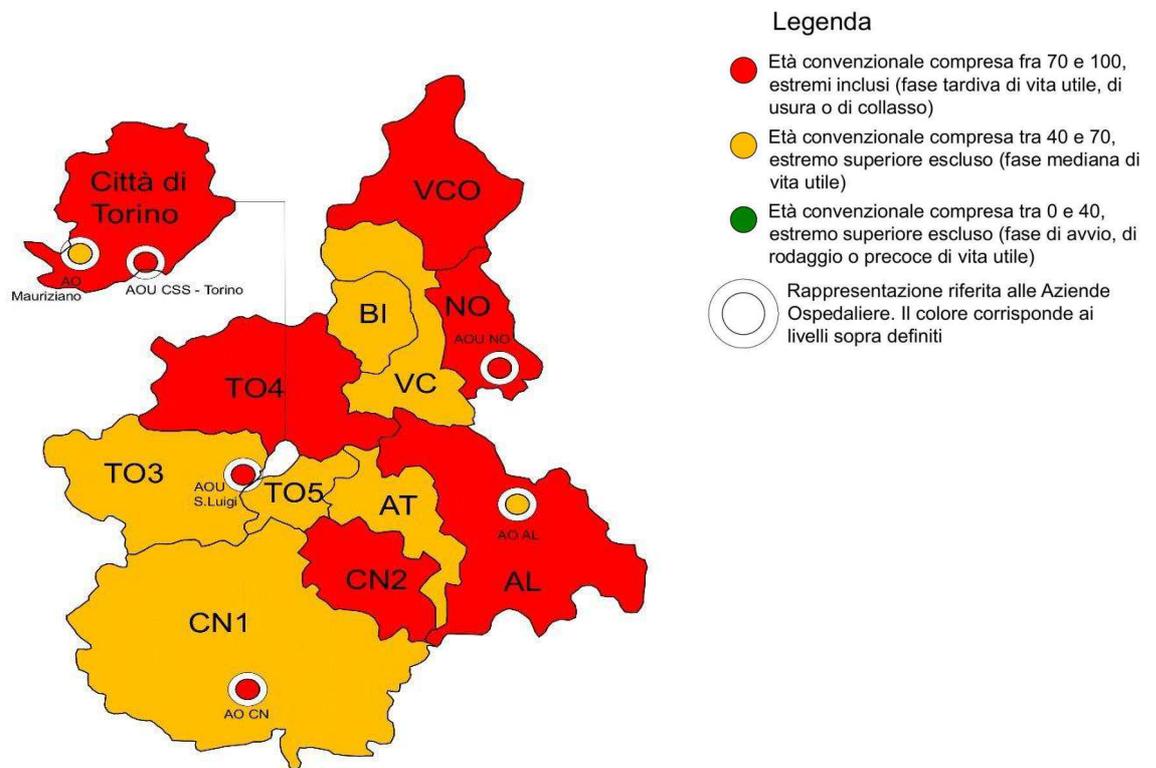
- Rispetto all'obsolescenza si rileva che 35 strutture ospedaliere su 52 (il 67% circa) non sono attuali rispetto ai requisiti di riferimento poiché, assunta convenzionalmente la durata della loro vita utile pari a 100, si presentano con un'età superiore a 70. Tale valore si assume come la soglia superata la quale ha inizio la fase tardiva della vita utile delle strutture. In questa fase alla progressiva perdita di affidabilità delle componenti strutturali ed impiantistiche corrisponde una difficoltà sempre maggiore di pervenire ad un pieno ripristino di condizioni di adeguatezza con mezzi ordinari. L'obsolescenza media delle strutture ospedaliere regionali si avvicina al valore soglia, presentandosi con un valore pari a 69,7.

Figura andamento dell'età convenzionale degli ospedali Regionali (2008-2020)



Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali (2020).

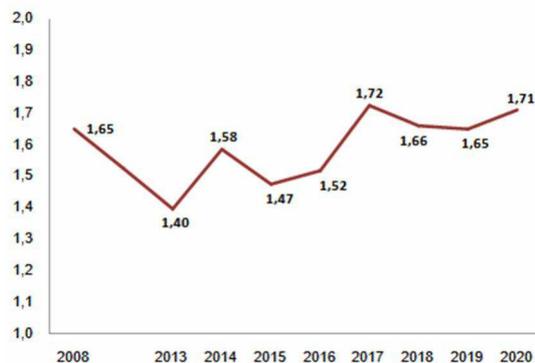
Figura mappatura dei livelli di età convenzionale dei presidi ospedalieri (medie Aziendali)



Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali (2020).

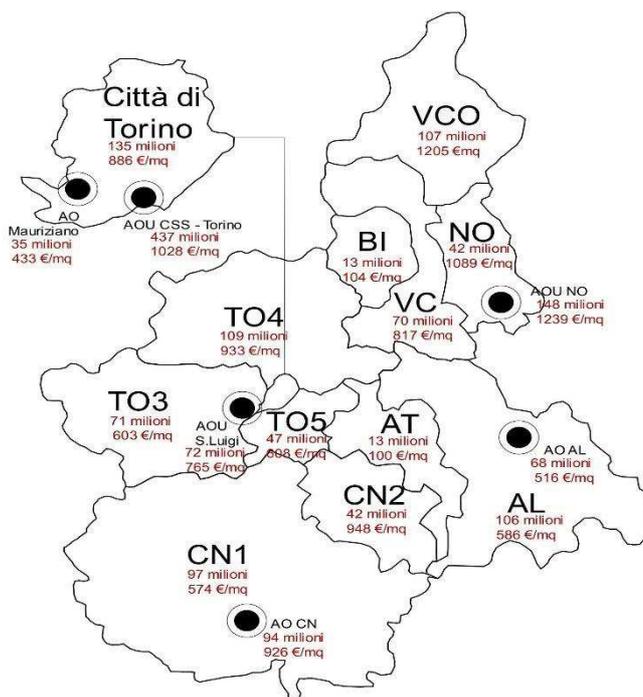
- Per il perseguimento dell'obiettivo del pieno soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento sarebbero necessari lavori di adeguamento per circa 1,71 miliardi di euro. Tale importo non comprende gli interventi ammessi a finanziamento dalla Regione Piemonte per fronteggiare l'emergenza COVID (per circa 132 milioni di euro, DGR 3 aprile 2020, n. 11-1193 e DGR 12 giugno 2020, n. 7-1492) e per l'adeguamento sismico.

Figura andamento del fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali Regionali (2008-2020)



Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali (2020).

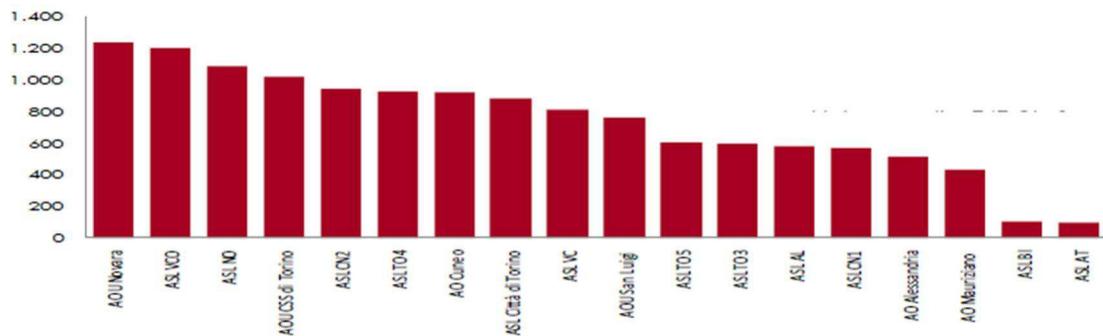
Figura fabbisogno e costi unitari per l'adeguamento degli ospedali (valori Aziendali)



Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali (2020).

- Il costo unitario per l'adeguamento degli ospedali pubblici a gestione diretta è stimato in circa 747 €/m².

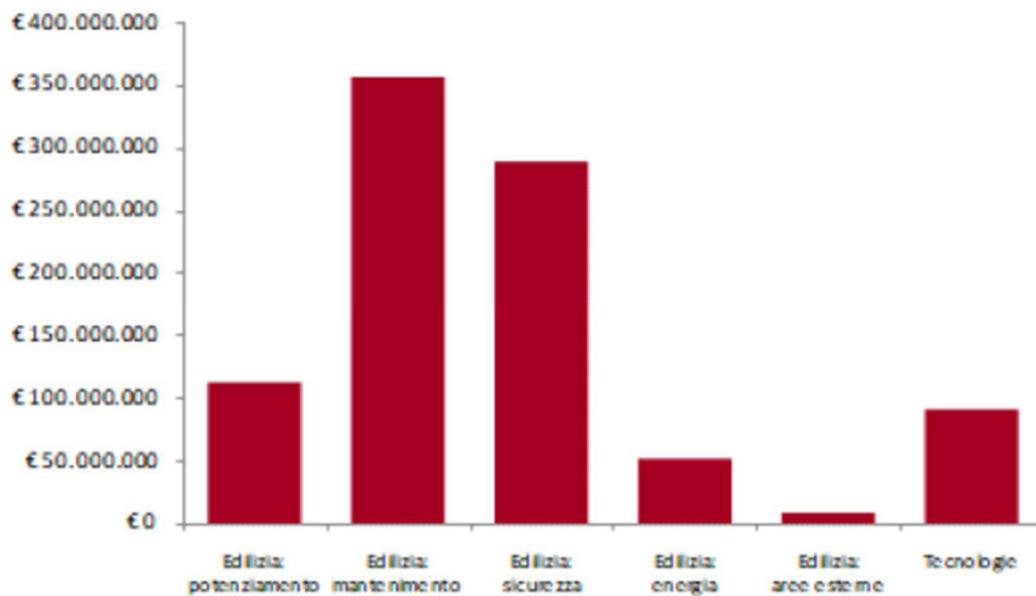
Figura costo unitario per l'adeguamento degli ospedali (media Aziendale)



Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali (2020).

- Per il triennio 2020-2022 le Aziende Sanitarie hanno presentato alla Regione Piemonte 766 richieste di finanziamento per interventi edilizi ed acquisizione di grandi tecnologie per un importo di circa 1,5 miliardi di euro. Il numero delle richieste di finanziamento per interventi edilizi è 660 ed il loro importo ammonta a 1.435.723.012 € (circa l'94% del totale), mentre quello per l'acquisizione di grandi attrezzature è 106 per un totale di 90.116.956 € (circa il 6% del totale). Escluse le richieste di finanziamento aventi ad oggetto la realizzazione di nuove strutture ospedaliere (nuovo ospedale dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo e Città della Salute e della Scienza dell'AO Maggiore della Carità di Novara) e l'acquisizione di tecnologie, l'entità complessiva degli interventi edilizi da rivolgere all'esistente è di circa 815 milioni di euro (da confrontare con un fabbisogno di circa 1,71 miliardi di euro al netto degli interventi ammessi a finanziamento e degli adeguamenti sismici). In termini economici gli obiettivi prevalenti sono quelli per il mantenimento delle strutture esistenti (355 milioni di euro: 317 milioni per il comparto ospedaliero e 38 milioni per il comparto territoriale) e per la sicurezza (289 milioni di euro: 253 milioni per il comparto ospedaliero e 36 milioni per il comparto territoriale).

Figura triennio 2020-2022 – entità delle richieste di finanziamento per obiettivo (totale Regionale, esclusi nuovi ospedali)



Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali (2020).

- Delle 52 strutture ospedaliere, 14 (circa il 27%) di queste, critiche per qualità strutturale, non risultano però pienamente disponibili ad interventi diffusi ed intensivi di adeguamento a causa dell'elevato livello di obsolescenza che le caratterizza e della presenza di vincoli intrinseci derivanti dalla tipologia costruttiva, dall'impianto tipologico, ovvero dalla presenza di vincoli normativi alla realizzazione di determinati interventi. È quindi opportuno che l'obiettivo dell'adeguatezza ai requisiti strutturali dell'accreditamento, che è sempre consistente per le criticità indifferibili legate agli usi attuali, si combini con quello di strategie per l'innovazione, che possono essere perseguite anche con la realizzazione di nuove strutture sanitarie in luogo di quelle non più pienamente recuperabili, che potrebbero quindi essere riconvertite ad usi più compatibili, anche sanitari. Occorre mettere in evidenza che tali strutture (Classe A nella sottostante tabella) ospitano il 31% dei letti ospedalieri Regionali ed è pertanto evidente che la scala delle strategie di innovazione che le interessassero dovrebbe essere quella dell'intera rete ospedaliera Regionale.

Tabella ripartizione delle strutture ospedaliere in classi di attitudine all'uso, all'adeguamento o alla trasformazione

Classe	Numero strutture	Posti letto ¹	Costi	
			adeguamento [in milioni di euro] ²	Superficie lorda ³
A INNOVARE	Strutture critiche e non pienamente disponibili all'adeguamento 14	3.584	767	687.350
B ADEGUARE	Strutture critiche, ma disponibili all'adeguamento 7	1.693	310	326.506
C CONSERVARE	Strutture non critiche, ma poco disponibili all'adeguamento 21	4.261	526	770.876
D GESTIRE	Strutture non critiche e disponibili ad eventuali adeguamenti 10	1.934	103	499.248
TOTALE	52	11.472	1.706	2.283.980

Note:

1. Il numero dei posti letto si riferisce ai ricoveri ordinari e diurni ed esclude la specialità 31 (nido);
2. I costi di adeguamento sono al lordo degli oneri e corrispondono al fabbisogno complessivo per l'adeguamento degli ospedali al netto degli interventi già ammessi a finanziamento e per l'adeguamento sismico.
3. Superficie lorda coperta, così come rappresentata e mappata nel Database Edilizia Sanitaria.

Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali (2020).

Nel dettaglio, le strutture in Classe A (da innovare) sono le seguenti:

- Ospedale Amedeo di Savoia, ASL Città di Torino;
- Ospedale Maria Vittoria, ASL Città di Torino;
- Ospedale Civile di Ivrea, ASL TO4: Torino nord;
- Ospedale SS. Trinità di Borgomanero, ASL NO: Novara;
- Ospedale San Biagio di Domodossola, ASL VCO: Verbano-Cusio-Ossola;

- Stabilimento Ospedaliero Castelli di Verbania, ASL VCO: Verbano-Cusio-Ossola;
- Ospedale Civico di San Lazzaro di Alba, ASL CN2: Alba-Bra;
- Ospedale Santo Spirito di Bra, ASL CN2: Alba-Bra;
- Ospedali S.G. Battista Molinette e S. Lazzaro, AOU CSS di Torino;
- Ospedale Infantile Regina Margherita, AOU CSS di Torino;
- Ospedale Maggiore della Carità, AOU Maggiore della Carità di Novara;
- Ospedale San Giuliano, AOU Maggiore della Carità di Novara;
- Ospedale San Rocco di Galliate, AOU Maggiore della Carità di Novara;
- Ospedale Carle, AO S. Croce e Carle di Cuneo;
- Ospedale Sant'Andrea di Vercelli, ASL Vercelli: Vercelli.

Tutte le strutture appartenenti alla Classe A appartengono ad Aziende Sanitarie critiche per qualità strutturale ed obsolescenza.

Classificazione delle Aziende Ospedaliere per livelli di criticità degli ospedali

Guardando a livello aziendale i valori medi con i quali i valori delle variabili descritte nella precedente sezione si presentano per le strutture ospedaliere di loro competenza, le Aziende Sanitarie possono essere classificate come nella seguente tabella.

Tabella criticità per qualità strutturale ed obsolescenza delle Aziende Sanitarie Regionali

Tipo Azienda	Numero di strutture
Critica solo per qualità strutturale ASL VC	1
Critica solo per obsolescenza ASL AL	1
Critica sia per qualità, sia per obsolescenza AOU Novara, ASL VCO, ASL NO, AOU CSS di Torino, AO Cuneo, ASL CN2, ASL Città di Torino, ASL TO4, AOU S. Luigi	9

7

Non critica per qualità strutturale o per
obsolescenza ASL TO3, ASL TO5, ASL AT, ASL BI, ASL CN1,

AO Alessandria, AO Mauriziano

Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali (2020).

Le Aziende Sanitarie critiche per qualità ed obsolescenza comprendono tutte le strutture ospedaliere appartenenti alla Classe A (strutture critiche e non flessibili, da trasformare).

Le stesse Aziende Sanitarie, con l'aggiunta dell'ASL VC (critica solo per qualità strutturale), inoltre, sono quelle per le quali sono stati determinati valori unitari di adeguamento superiori alla media regionale (747 €/m²).

Classificazione degli ospedali per livelli di criticità

Nella seguente tabella le strutture ospedaliere sono classificate sulla base del loro profilo di criticità, cumulativamente determinato dal livello di qualità strutturale, dal livello di età convenzionale, dal rapporto fra costi di adeguamento e valore di sostituzione (intensità dei costi di adeguamento) e dall'appartenenza alla Classe A (strutture critiche e non flessibili, da innovare).

Tabella classificazione delle strutture ospedaliere per profilo di criticità

Profilo di criticità	Numero di strutture
	13
ALTISSIMO	
Strutture critiche per qualità strutturale, età convenzionale, intensità dei costi di adeguamento ed appartenenza alla Classe A (strutture critiche, non flessibili, da innovare)	<ul style="list-style-type: none"> • Ospedale Amedeo di Savoia di Torino, ASL Città di Torino; • Ospedale Maria Vittoria di Torino, ASL Città di Torino; • Ospedale Civile di Ivrea, ASL TO4: Torino nord; • Ospedale SS. Trinità di Borgomanero, ASL NO: Novara; • Ospedale San Biagio di Domodossola, ASL VCO: Verbanio-Cusio-Ossola; • Stabilimento Ospedaliero Castelli di Verbania, ASL VCO: Verbanio-Cusio-Ossola; • Ospedale Civico di San Lazzaro di Alba, ASL CN2: Alba-Bra; • Ospedale Santo Spirito di Bra, ASL CN2: Alba-Bra;

-
- Ospedali S.G. Battista Molinette e S. Lazzaro, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;
 - Ospedale Infantile Regina Margherita, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;
 - Ospedale Maggiore della Carità, AOU Maggiore della Carità di Novara;
 - Ospedale San Rocco di Galliate, AOU Maggiore della Carità di Novara;
 - Ospedale Carle, AO S. Croce e Carle di Cuneo.

8

ALTO

Strutture critiche per qualità strutturale, età convenzionale ed intensità dei costi di adeguamento

- Ospedale S. Giovanni Bosco di Torino, ASL Città di Torino;
- Ospedale Riunito, sede di Lanzo, ASL TO4: Torino nord;
- Ospedale Civile di Cuornè, ASL TO4: Torino nord;
- Ospedale S. Andrea di Vercelli, ASL VC: Vercelli;
- Ospedale Madonna del Popolo di Omegna, ASL VCO: Verbanico-Cusio-Ossola;
- Ospedale Civile di Saluzzo, ASL CN1: Cuneo;
- Centro Traumatologico Ortopedico, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;
- Ospedale Ostetrico Ginecologico S. Anna, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

8

MEDIO

Strutture critiche per qualità strutturale ed età convenzionale

- Ospedale Civile E. Agnelli di Pinerolo, ASL TO3: Torino ovest;
- Ospedale Riunito, sede di Cirié, ASL TO4: Torino nord;
- Ospedale Civile di Chivasso, ASL TO4: Torino nord;
- Ospedale Santa Croce di Moncalieri, ASL TO5: Torino est;
- Ospedale Maggiore SS. Annunziata di Savigliano, ASL CN1: Cuneo;
- Ospedale Civile di Acqui Terme, ASL AL: Alessandria;
- Ospedale San Luigi di Orbassano, AOU San Luigi di Orbassano;

- Ospedale Santa Croce di Cuneo, AO S. Croce e Carle di Cuneo.

5

BASSO

Strutture critiche per
età convenzionale

- Ospedale ORL Martini di Torino, ASL Città di Torino;
- Ospedale Civile di Susa, ASL TO3: Torino ovest;
- Ospedale SS. Antonio e Margherita di Tortona, ASL AL: Alessandria;
- Ospedale San Giacomo di Novi Ligure, ASL AL: Alessandria;
- Ospedale Civile SS. Antonio e Biagio di Alessandria, AO Alessandria.

2

ALTRO

Altri profili di criticità

- Ospedale San Giuliano, AOU Maggiore della Carità di Novara (critico per qualità, età convenzionale e per l'appartenenza alla Classe A);
- Ospedale di Pomaretto, ASL TO3: Torino ovest (critico per qualità ed incidenza dei costi di adeguamento)

16

ASSENTE

Nessun profilo di
criticità

- Ospedale degli Infermi di Rivoli, ASL TO3: Torino ovest;
- Nuovo ospedale di Venaria, ASL TO3: Torino ovest;
- Ospedale Maggiore di Chieri, ASL TO5: Torino est;
- Ospedale San Lorenzo di Carmagnola, ASL TO5: Torino est;
- Ospedale SS. Pietro e Paolo di Borgosesia, ASL VC: Vercelli;
- Nuovo ospedale di Biella, ASL BI: Biella;
- Ospedale di Ceva, ASL CN1: Cuneo;
- Ospedale di Mondovì, ASL CN1: Cuneo;
- Ospedale Maggiore SS. Trinità di Fossano, ASL CN1: Cuneo;
- Ospedale Cardinal G. Massaia di Asti, ASL AT: Asti;
- Ospedale Santo Spirito di Casale Monferrato, ASL AL: Alessandria;
- Ospedale Civile di Ovada, ASL AL: Alessandria;
- Unità Spinale Unipolare (annessa funzionalmente al CTO), AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;

- Ospedale Infantile C. Arrigo di Alessandria, AO Alessandria;
- CRP Borsalino di Alessandria, AO Alessandria;
- Ospedale Mauriziano di Torino, AO Mauriziano.

Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali (2020).

Dalla tabella è interessante osservare che tutte le strutture aventi un profilo di criticità altissimo sono in Classe A e sono di competenza di Aziende Sanitarie a loro volta considerate critiche per qualità, età convenzionale ed incidenza dei costi di adeguamento.

Fa eccezione l'Ospedale San Giuliano dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, che, pur appartenendo alla Classe A, ha un profilo di criticità meno severo a causa della tipologia delle attività che svolge.

L'aver un profilo di criticità altissimo può pertanto considerarsi un criterio consistente, a livello locale e a livello Aziendale, per la definizione di strategie di trasformazione.

L'evoluzione della rete ospedaliera

Guardando all'ultimo decennio, l'evoluzione delle condizioni strutturali degli ospedali pubblici Regionali può essere ricondotta alle fasi di seguito descritte, omogenee per andamento dei livelli di qualità strutturale, di età convenzionale e di fabbisogno. Per ogni fase si riepilogano i valori iniziali e finali di qualità strutturale (QS):

- FASE 1: dal 2008 al 2013 (QS: 72,0% → 79,3%): si rileva un importante miglioramento delle condizioni strutturali degli ospedali per effetto degli interventi edilizi attivati nella cornice dell'Accordo di Programma quadro per gli investimenti in edilizia sanitaria sottoscritto nel 2008⁸. Gli interventi compresi nell'Accordo di Programma riguardavano tanto l'adeguamento dell'esistente, quanto l'innovazione mediante la previsione di realizzazione di nuovi ospedali. Poiché l'Accordo di Programma era sostanzialmente costituito dal repertorio organizzato delle richieste di finanziamento presentate dalle singole Aziende Sanitarie, la sua finalità può essere ricercata nel miglioramento dell'esistente tramite il riscontro a criticità rilevanti alla scala locale, ma non nell'ambizione di operare un governo complessivo dell'evoluzione della rete ospedaliera Regionale tramite assi od ambiti di intervento prioritari a livello centrale. Il tema del miglioramento alla scala locale va quindi letto contestualmente a quello dell'appropriatezza a livello centrale e quindi con il rischio di realizzare, sulla base di criteri di programmazione fondati sul riparto territoriale, interventi poi non pienamente valorizzabili nel contesto dell'evoluzione dell'intera rete ospedaliera. I benefici della prima fase di attuazione dell'Accordo di Programma furono comunque evidenti ed importanti in termini di miglioramento della qualità strutturale dei presidi ospedalieri, della riduzione della loro età convenzionale e della contrazione del loro fabbisogno per l'adeguamento.
- FASE 2, dal 2013 al 2014 (QS: 79,3% → 76,9%): si assiste al peggioramento delle condizioni strutturali degli ospedali e all'incremento del fabbisogno per il loro adeguamento. Se, infatti, la sopraggiunta indisponibilità di risorse per l'attuazione degli interventi previsti dall'Accordo di Programma del 2008² ha arrestato, da un lato, i benefici che sarebbero potuti derivare dall'attuazione degli interventi in esso previsti, dall'altro l'incertezza sugli obiettivi e sulle strategie di un quadro programmatico complessivo ha precluso, almeno nel breve periodo, l'attuazione di interventi alternativi a quelli previsti nell'Accordo di Programma non più attuato, ovvero la loro riproposizione tramite altri canali di programmazione e finanziamento. La mancanza di risorse per l'attuazione di interventi di adeguamento e l'incertezza sulla definizione di strategie di intervento alternative all'Accordo di Programma non hanno potuto contrastare il fisiologico peggioramento delle condizioni strutturali degli ospedali, aggravato dal progressivo venire meno delle misure organizzative o di manutenzione temporanee che erano state avviate nell'aspettativa di

condurre gli interventi di adeguamento ammessi a finanziamento, ma poi non realizzati.

- FASE 3, dal 2014 al 2016 (QS: 76,9% → 77,4%): le strategie di riordino della rete ospedaliera (DGR 19 novembre 2014, n. 1-600 e s.m.i.) hanno riscontrato il tema dell'appropriatezza degli interventi di adeguamento consistenti alla scala locale finalizzandoli ad obiettivi complessivi di trasformazione e specializzazione della rete ospedaliera. Al criterio di programmazione improntato all'adeguamento diffuso dell'esistente è quindi subentrato quello per obiettivi specifici, da declinare con valutazioni di opportunità e pertinenza alla programmazione sanitaria in materia di riordino della rete ospedaliera e poi di potenziamento della rete territoriale. In questo contesto alle strategie per l'innovazione sono state fatte corrispondere progettualità per la nuova realizzazione di ospedali, ovvero per la riconversione delle strutture da estromettere dalla rete ospedaliera, anche rispetto alla loro inidoneità a quelli che erano gli usi correnti. L'estromissione dalla rete ospedaliera di tali strutture, identificate già dal PSSR 2012-2015¹⁰, congiuntamente agli investimenti puntuali e per obiettivi prioritari sostenuti per l'adeguamento dell'esistente e all'entrata in esercizio di nuovi ospedali, hanno quindi saputo contrastare il progressivo peggioramento delle condizioni strutturali degli ospedali rimasti in esercizio. La compensazione degli effetti dei due fenomeni è resa evidente dal fatto che le condizioni strutturali degli ospedali non sono state interessate da significative variazioni nel triennio compreso fra il 2014 ed il 2016.
- FASE 4, dal 2016 al 2017 (QS: 77,4% → 74,4%): si assiste ad un peggioramento delle condizioni strutturali degli ospedali. Poiché l'uscita dalla rete ospedaliera di gran parte delle strutture più compromesse si era già verificata negli anni precedenti - quando il numero delle strutture ospedaliere pubbliche a gestione diretta era passato da 64 (gennaio 2013) a 54 (dicembre 2016) - e gli investimenti in edilizia sanitaria avevano saputo riscontrare solo le necessità prioritarie degli interventi che componevano il fabbisogno complessivo, come quelle in materia di sicurezza, non è stato possibile contrastare il progressivo peggioramento delle condizioni strutturali degli ospedali esistenti, che – infatti – fra il 2016 ed il 2017 hanno determinato un decremento del livello medio di qualità strutturale ed un aumento sia dell'età convenzionale, sia del fabbisogno per l'adeguamento. L'età convenzionale media, in particolare, aveva assunto un valore superiore a 70, che si assume come una soglia di criticità poiché segna il passaggio dalla fase mediana a quella tardiva della vita utile delle strutture e quindi l'impossibilità di condurre con mezzi ordinari un ripristino od un adeguamento integrale delle strutture. Nel 2017, in particolare, il fabbisogno per l'adeguamento ha superato per entità quello determinato nel 2008, prima dell'Accordo di Programma per investimenti in

edilizia sanitaria prima menzionato (arrivando ad 1,72 miliardi di euro rispetto al valore di 1,65 miliardi di euro stimato nel 2008).

- FASE 5, dal 2017 al 2019 (QS: 74,4% → 75,3%): si arresta il decremento osservato nella fase precedente e si rileva un miglioramento delle condizioni strutturali degli ospedali. Tale circostanza è determinata da due contributi. Il primo è la realizzazione di interventi puntuali di adeguamento, soprattutto in materia di sicurezza antincendio, che hanno inciso direttamente sul livello di qualità strutturale degli ospedali. Il secondo contributo è invece indiretto e dipende dalla progressiva riduzione del fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali. Tale contrazione non dipende però dalla risoluzione delle criticità esistenti con interventi edilizi, bensì dal fatto che tali criticità risultano ridimensionate o non più consistenti per effetto delle trasformazioni in atto o previste nella rete ospedaliera regionale. Tali trasformazioni hanno riguardato l'ulteriore estromissione di strutture dalla rete ospedaliera e riordini locali, operati a livello delle singole Aziende Sanitarie con l'obiettivo di restituire le strutture a profili di attività più compatibili, anche con l'adozione di opportune misure organizzative e gestionali. Lo sviluppo e la nuova previsione di progettualità relative a nuovi ospedali, in particolare, ha sostenuto la puntualità degli interventi di adeguamento indifferibili ed, al tempo stesso, il potenziamento delle misure organizzative e gestionali per la sostenibilità delle attività nelle strutture presso le quali sono svolte funzioni in relazione con quelle previste per i nuovi ospedali nei loro stessi ambiti territoriali. L'efficacia delle strategie dell'adeguamento per obiettivi e del riordino locale, sostenuto anche da opportune misure organizzative e gestionali, è dimostrata dal fatto che nell'anno 2019, rispetto al 2017, il fabbisogno per l'adeguamento si è contratto (da 1,72 ad 1,65 miliardi di euro) e che ad un incremento del livello medio di qualità strutturale (dal 74,4% al 75,3%) è corrisposta una diminuzione dell'età convenzionale (da 70,1 a 68,7), che ha assunto un valore inferiore a quello della soglia di criticità prima descritta.

La ripresa rilevata nel triennio 2017-2019 è stata bruscamente interrotta dall'emergenza sanitaria determinata dal COVID-19, che si è presentata con sfide che hanno imposto riflessioni sul significato complessivo del Servizio Sanitario. Gli ospedali, in particolare, hanno dovuto confrontarsi con nuovi ed urgenti bisogni di salute e, se da un lato hanno potuto beneficiare della specializzazione determinata dalle strategie di riordino della rete ospedaliera, dall'altro hanno dovuto compensare gli effetti dell'incompiuto potenziamento e consolidamento della rete territoriale. Il rapporto ospedale-ospedale, derivante dalla specializzazione della rete ospedaliera, ed il rapporto ospedale-territorio, derivante dalla necessità di gestire percorsi di cura articolati per prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, sono stati centrali nel dibattito sulle strategie per riscontrare l'emergenza sanitaria. La consapevolezza del fatto che tali strategie avrebbero dovuto avere non solo l'ambizione di riscontrare l'emergenza sanitaria in corso, bensì, anche, l'obiettivo di accompagnare l'evoluzione complessiva della rete ospedaliera e della rete territoriale è poi emersa a seguito del

Decreto Rilancio (DL 19 maggio 2020, n. 34), che, con l'incremento dei posti letto per la terapia intensiva e della terapia sub-intensiva, ha inciso ulteriormente sulla loro specializzazione sul fronte dell'alta complessità e, con il potenziamento della rete territoriale, ha messo in evidenza l'importanza del comparto non ospedaliero nella funzionalità complessiva del sistema sanitario.

Quella della specializzazione ospedaliera e quella del potenziamento del comparto territoriale erano comunque due strategie già in parte definite ed attuate dalla Regione Piemonte. L'emergenza sanitaria in corso ha quindi comportato l'accelerazione di trasformazioni già avviate e costituisce ancora l'occasione per ricondurre le strade già intraprese per il miglioramento della rete ospedaliera e della rete territoriale ad un unico percorso che sia la trasformazione dell'esistente secondo un disegno complessivo, unitario e coerente di quello che potrebbe essere un sistema sanità integrato.

Le criticità e le potenzialità della rete ospedaliera

Guardando al comparto ospedaliero, dalle analisi svolte si ritiene che allo stato attuale i seguenti argomenti possano costituire un riferimento per la definizione di strategie di trasformazione

- Le superfici ospedaliere sono in esubero rispetto a quelle che sarebbero strettamente necessarie per ospitare in condizioni di piena sostenibilità i posti letto previsti dalla programmazione sanitaria, anche al lordo dell'incremento previsto dal Decreto Rilancio. Ciò nonostante lo stato di obsolescenza ed i vincoli di natura tipologica, costruttiva o normativa che caratterizzano parte del patrimonio ospedaliero regionale non permettono la valorizzazione della sua potenzialità insediativa residua, se non – eventualmente – in termini di ampliamento di funzioni già svolte presso le singole strutture e, comunque, a fronte di investimenti.
- Parte del patrimonio ospedaliero non può più essere pienamente recuperato con risorse ed interventi ordinari a causa dell'obsolescenza e dei vincoli tipologici, costruttivi o normativi che lo caratterizzano. Questa criticità riguarda 14 strutture ospedaliere su 52. Per 13 delle 14 strutture non più pienamente recuperabili, inoltre, è stato determinato un altissimo livello di criticità edilizia.
- Il fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali, stimato in circa 1,71 miliardi di euro, è di entità tale da determinare la necessità di programmare gli interventi sulla base di criteri di priorità, che devono legarsi a quelli di opportunità e di appropriatezza. L'opportunità dipende dal fatto che la struttura interessata sia effettivamente disponibile all'adeguamento, ossia capace di migliorare a seguito della sua realizzazione. L'appropriatezza, invece, dipende dalla pertinenza fra gli obiettivi dell'adeguamento ed il ruolo previsto per la

struttura dalla programmazione sanitaria, anche per effetto dell'evoluzione complessiva della rete ospedaliera.

- L'emergenza sanitaria in corso ha messo in evidenza che nell'ottica di un Sistema Sanitario integrato il comparto ospedaliero è solo una delle dimensioni dei percorsi per la prevenzione, la cura, l'assistenza e la riabilitazione e tale dimensione è tanto più valorizzata, ossia capace di svilupparsi per quella che è la propria competenza, quanto più risultano efficaci ed efficienti le continuità ospedale-ospedale ed ospedale-territorio.
- Ciascuna dimensione, ospedaliera o territoriale, è caratterizzata da responsabilità, competenze e risorse differenti, delle quali le strutture sono soltanto una delle disponibilità necessarie. Le strutture, in altre parole, possono risultare comunque vuote se prive del personale, delle tecnologie e dei dispositivi necessari all'esercizio delle funzioni previste o, peggio ancora, inappropriate se non sono parte di un sistema che sappia accompagnare i propri *consociati* verso i punti di erogazione più idonei al riscontro dei loro bisogni di cura, ovunque questi siano collocati. Il riferimento è ai *consociati* e non, genericamente, ai cittadini o ai pazienti, perché l'emergenza sanitaria in corso ha messo in evidenza che l'universalità del Servizio Sanitario si regge anche sulla responsabilità dei singoli individui nella cura della propria persona, ossia nella consapevole adozione di condotte e comportamenti conformi all'obiettivo collettivo di salute.

Le opportunità di intervento

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

Guardando ad uno scenario di medio periodo si possono prevedere dei cambiamenti ineluttabili e dei cambiamenti opportuni.

I cambiamenti ineluttabili sono quelli sostanzialmente obbligati perché riscontrano trasformazioni del contesto di riferimento già avvenute e alle quali corrispondono criticità del Servizio Sanitario attuale, oppure perché si riferiscono a precetti normativi.

I cambiamenti opportuni sono invece quelli che possono accompagnare l'evoluzione indotta dai cambiamenti ineluttabili permettendo di ricercare condizioni di più ampia sostenibilità dell'evoluzione complessiva del Sistema Sanitario in termini di qualità, efficienza, efficacia.

Sono cambiamenti ineluttabili:

- il potenziamento e la specializzazione dell'attività ospedaliera, anche per riscontrare l'esigenza di ampliamento dei posti letto per la terapia intensiva e per la terapia sub-intensiva;
- il potenziamento della rete sanitaria e socio-assistenziale territoriale;

- il mantenimento delle strutture sanitarie ed il loro adeguamento per il controllo delle criticità indifferibili, come quelle in materia di sicurezza;
- la ridefinizione del ruolo degli assistiti, che possono essere qualificati come *consociati*, ossia come soggetti consapevoli ed attivi nel perseguimento dell'obiettivo di salute pubblica.

Le parole chiave dei cambiamenti ineluttabili sono quindi "innovazione", "adeguamento" e "partecipazione".

L'innovazione e l'adeguamento sollecitano investimenti sulla programmazione. Se, infatti, l'innovazione e l'adeguamento si concretizzano con un "fare", è solo la programmazione il presupposto per il "poter fare". Il riferimento non è solo all'ovvia valenza deontologica della programmazione, che è quella dei piani e dei programmi che orientano il "dover fare", bensì anche – e soprattutto – ad una programmazione che sia in grado di tracciare un disegno complessivo, unitario e coerente di trasformazione del sistema sanitario e che sappia garantire la certezza degli oggetti, dei tempi e delle risorse per il compimento delle azioni necessarie al perseguimento degli obiettivi che si pone. E', in sostanza, una programmazione vista come il prodotto e l'impegno di una sinergia fra responsabilità e capacità pubblica più forte della frammentazione dell'apparato amministrativo che opera per competenza. La programmazione per competenza, infatti, se da un lato ha certamente la potenzialità di orientare lo sviluppo di determinati ambiti del sistema sanitario, ovvero di permettere il compimento di azioni specifiche, dall'altro non può farsi garante delle relazioni e dell'interazione fra i diversi ambiti nella costituzione di un disegno complessivo, unitario e coerente di trasformazione, come quello – necessario – per la ricerca di una continuità ospedale-ospedale o di una continuità ospedale-territorio, ovvero per la strutturazione di percorsi per la prevenzione, la cura, l'assistenza e la riabilitazione.

E', infine, una programmazione che per forma e sostanza si configura come un percorso affidabile, quasi come fosse un ordinamento che, seppur in relazione con le mille dimensioni del mondo con il quale interagisce, è in grado di orientarne lo sviluppo nel verso di un obiettivo condiviso. È proprio la natura di ordinamento il presupposto per qualificare i cittadini ed i soggetti della sanità come *consociati*, ossia come soggetti che, appresi e condivisi gli obiettivi della programmazione, possono partecipare attivamente con condotte e comportamenti opportuni al perseguimento delle sue finalità, che, in quest'ottica, possono essere affermate o sostenute da principi aventi la rilevanza di valori da custodire ed interpretare nell'evoluzione del sistema complessivo.

Il tema dell'innovazione può essere articolato in due percorsi: quello della trasformazione degli ospedali esistenti e quello della realizzazione di nuovi ospedali. I due percorsi possono essere combinati nel caso di previsione di nuove realizzazioni in luogo di più strutture esistenti. L'eccesso di superfici ospedaliere rispetto ai posti letto e, al tempo stesso, la difficoltà di valorizzare tale eccesso come una potenzialità insediativa a causa dell'obsolescenza e di vincoli tecnici e normativi che limitano la trasformazione degli ospedali esistenti, riconduce il tema dell'innovazione a quello del

riordino. Si tratta, in sostanza, di interpretare la nuova realizzazione di ospedali non solo in chiave di potenziamento dell'esistente o di mera sostituzione edilizia di strutture non più idonee agli usi attuali, bensì anche nell'ottica della trasformazione complessiva che potrebbe essere perseguita con la dismissione o la trasformazione di parte delle strutture ospedaliere attualmente esistenti, almeno a livello della rete locale. Ecco, quindi, che i nuovi ospedali potrebbero costituire l'occasione per restituire in tutto od in parte ad altre funzioni, anche sanitarie, le strutture ospedaliere esistenti ed in relazione con la nuova realizzazione. Per le strutture ospedaliere esistenti, ad esempio, un modello d'uso potrebbe essere quello che fa gravitare attorno al nocciolo ospedaliero funzioni di continuità a bassa complessità, oppure territoriali. Il riordino complessivo e la razionalizzazione a livello di ogni singola struttura solleverebbero in parte dalla criticità insediativa attuale, derivante dall'eccesso di superfici ospedaliere non valorizzabili per ulteriori attività ospedaliere, e, restituendo in tutto od in parte strutture ad usi più compatibili, determinerebbero una contrazione del fabbisogno per l'adeguamento ed, al tempo stesso, un incremento della qualità strutturale ed il recupero degli effetti dell'obsolescenza. Se è vero che alla contrazione del fabbisogno corrisponderebbe comunque un investimento è altrettanto vero che nel contesto di una programmazione complessiva tale investimento potrebbe essere interpretato non come un costo od una spesa, bensì come valore per la comunità.

Con riferimento alle strutture esistenti, il fabbisogno complessivo per l'adeguamento dei presidi ospedalieri regionali, pari a circa 1,71 miliardi di euro, conferma l'opportunità di continuare a definire delle strategie di investimento per scenari rivolti ad obiettivi specifici, in modo che possano essere risolte – fra tutte quelle esistenti e con le disponibilità economiche effettive – le criticità inderogabili, quali – ad esempio – quelle in materia di sicurezza. A questo proposito si mette in evidenza che solo l'entità delle richieste di finanziamento presentate dalle Aziende Sanitarie alla Regione Piemonte per il triennio 2020-2022 per il comparto ospedaliero ammontano a circa 188 milioni di euro per gli adeguamenti antincendio, a circa 18 milioni di euro per gli adeguamenti antisismici e a circa 45 milioni di euro per altri adeguamenti normativi in materia di tutela della sicurezza.

Anche sul fronte dell'adeguamento il tema chiave è quello della programmazione in modo che le strategie per l'innovazione si combinino con quelle per il recupero dell'esistente secondo criteri di priorità che permettano di concentrare le risorse ove le criticità risultano più rilevanti o coerenti agli obiettivi dei finanziamenti disponibili. Si ritiene che gli obiettivi in materia di sicurezza debbano essere perseguiti per tutti i presidi ospedalieri in esercizio, prescindendo dalla previsione di trasformazione che eventualmente li interessa e dalla loro disponibilità all'adeguamento, dando priorità alle strutture più critiche o agli interventi indifferibili. Per i presidi in previsione di trasformazione o poco disponibili all'adeguamento si consiglia comunque la realizzazione di interventi la cui efficacia possa essere recuperata anche negli assetti futuri e la valutazione preventiva di eventuali misure temporanee ed alternative per il soddisfacimento dei medesimi obiettivi.

1.b.7. Analisi e valutazione della continuità assistenziale

In breve:

- *Il processo di integrazione del SSR fatica a 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.*
 - *Quella delle Case della Salute 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.*
-

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza a livello nazionale

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che aprono la presente sezione¹¹, 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 2001¹², 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 2017¹³, 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.

Ma il processo di integrazione fatica 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). Nelle Cure Primarie prevalgono ancora modelli organizzativi obsoleti basati sul lavoro prevalentemente individuale e sull’integrazione mono professionale: solo il 31,5% dei medici di medicina generale piemontesi lavorano in gruppo e un altro 33,5% in rete (per i pediatri di libera scelta le due percentuali sono 26,5% e 2,5%).

In Piemonte la Deliberazione di Giunta n. 26 del 2015¹⁴ per il riordino della rete territoriale si prefigge di completare il ridisegno complessivo dell’offerta assistenziale già avviato con la rete ospedaliera¹⁵, 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 nostra 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.

I servizi di prossimità. Cure primarie e domiciliari, Case della Salute

Nel triennio 2017-20 è partita, in Piemonte, la sperimentazione delle Case della Salute, una rete, tutt'ora in espansione, che vuole rappresentare un luogo di accoglienza e di cura vicino ai cittadini, sede di servizi territoriali integrati. Le Case della Salute rappresentano la sede in cui si sviluppano i percorsi assistenziali dei pazienti cronici e il riferimento per la medicina di iniziativa. Il modello delle Case della Salute sembra ormai una realtà in rapida espansione in Piemonte poiché le Case della Salute curano attività che abbracciano il 40% della popolazione e sono presenti in 30 dei 33 distretti sanitari regionali. Delle 70 Case della Salute presenti, inoltre, 11 lavorano H24, in 50 sono svolte attività per la Continuità Assistenziale ed in 69 è presente un Punto Accoglienza. Rispetto alle professionalità per le Case della Salute è centrale quella del personale infermieristico.

Le attività erogate: centralità della figura infermieristica

In quante CS son presenti le attività dei medici di medicina generale? **51**

In quante CS son presenti le attività dei pediatri di libera scelta? **30**

In quante CS son presenti ambulatori infermieristici? **67**

In quante CS son presenti le attività degli Infermieri di Famiglia? **57**

In quante CS son presenti posti letto di osservazione breve? **4**

In quante CS son presenti attività socio assistenziali? **49**

In quante CS son presenti le attività di Unità di Valutazione Multidimensionali? **31**

In quante CS son presenti le Prestazioni del 118 o Protocolli con EMUR? **34**

Con riferimento alla domiciliarità, invece, il riferimento è all'articolo 22 del D.P.C.M. 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.

Il Piano Regionale Cronicità approvato in Piemonte nel 2018 definisce le Cure Domiciliari come una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone con malattie croniche e non autosufficienti e delle persone disabili.

Le Cure Domiciliari richiedono una complessa organizzazione – il Distretto coordina gli apporti professionali forniti da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, dai suoi operatori e dagli specialisti – e una consolidata competenza gestionale: occorre integrare competenze sanitarie e sociali, valorizzare il ruolo del nursing Infermieristico e la collaborazione delle famiglie. In Piemonte, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) prevista nei LEA è affiancata da altre forme di assistenza più "leggera", quali l'Assistenza Domiciliare Programmata o il Servizio Infermieristico Domiciliare, che prevedono un'Equipe domiciliare più ridotta, o forme di lungo assistenza e/o interventi economici a sostegno della domiciliarità, o ancora le cure palliative al domicilio.

Negli ultimi anni, dal 2012 al 2018, sono diminuiti, in Piemonte, i casi di cure domiciliari: da 69.681 a 62.938: quasi l'11% in meno in sei anni. E questo è avvenuto parallelamente a una riduzione dei ricoveri ospedalieri. Nell'evoluzione dal 2010 al 2018, inoltre, è diminuito il peso delle forme di lungo assistenza e degli interventi economici, destinate prioritariamente a pazienti cronici non autosufficienti, mentre è aumentato il peso delle tipologie di assistenza domiciliare a maggior valenza sanitaria, come l'Assistenza Domiciliare Integrata o le Cure Palliative.

Circa l'88% degli interventi è stato erogato, in questi ultimi sei anni, ad anziani > 65 anni.

Tabella casi di Cure Domiciliari in Piemonte

Tipologie di cure domiciliari	2012	2018	Percentuale su totale Cure 2018/12 Domiciliari		
			2012	2018	
Assistenza Domiciliare Integrata	8.794	12.332	12,6	19,6	40,2
Assistenza Domiciliare Programmata	27.071	17.892	38,8	28,4	-33,9
Servizio Infermieristico Domiciliare	26.980	26.287	38,7	41,8	-2,6
Cure Palliative	3.736	5.086	5,4	8,1	36,1

Lungo-assistenza	968	618	1,4	1,0	-36,2
Interventi Economici	2.132	723	3,1	1,1	-66,1
Totale Casi	69.681	62.938	100	100	-9,7

Fonte: IRES Piemonte, elaborazioni da Dati Flussi SIAD diffusi dal SEPI Piemonte, 2012 e 2018

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.

Dall'analisi dei dati dei bilanci delle ASL piemontesi¹⁶ risulta che, nel 2018, alle cure domiciliari è stato destinato appena l'1,3% della cifra complessivamente spesa dal Servizio sanitario regionale.

¹ Regione Piemonte, DGR 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" e s.m.i.

² Regione Piemonte, DGR n. 26-1653 del 29/06/2015, "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della DGR n. 1-600 del 19/11/2014" e s.m.i.

³ Relazione Piemonte Economico Sociale 2019. Verso un Piemonte più sostenibile, *Il sistema Salute*, AA.VV., Torino, <https://www.ires.piemonte.it/index.php/relazione>.

⁴ Gli anziani > 65 anni rappresentano più dell'80 % degli utenti dell'Assistenza Domiciliare Integrata

⁵ Sezione curata con contributi rielaborati ed adattati da: Viberti G., Perino G. La Mobilità dei Ricoveri, 2020, IRES Piemonte (in fase di pubblicazione).

⁶ F. Bortolan, Mobilità sanitaria: La chiave di lettura dell'agenzia, AGENAS; Roma, 18 novembre 2020.

⁷ Ex DGR n. 17-4817 del 27 marzo 2017, "Il Programma regionale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-19. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali"

⁸ Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Regione Piemonte, *Accordo di Programma integrativo 2008 per il settore degli investimenti sanitari*, 26 marzo 2008; **fonte:** http://www.salute.gov.it/portale/temi/investimenti/accordi/C_17_pagineAree_357_listaFile_itemName_12_file.pdf. Si veda anche la DCR 19 giugno 2007, n. 131-23049, *Approvazione del 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*, con la quale sono stati licenziati gli interventi da comprendere dell'Accordo di programma in argomento.

⁹ Si vedano le DGR di attuazione dell'Accordo di programma del 2008: Regione Piemonte, DGR 16 giugno 2008, n. 49-8994, *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*, che aveva previsto interventi per circa 195 milioni di euro (di cui circa 187 milioni di euro a valere sull'art. 20 della legge n. 67/1988 e circa 8 milioni di euro a valere sul programma per la libera professione intramuraria), e la DGR 13 luglio 2009, n. 40-11758, *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*, che aveva previsto interventi per circa 64 milioni di euro. Entrambe le DGR hanno avuto solo parziale attuazione.

¹⁰ Si veda l'Allegato alla DCR 3 aprile 2012, n. 167-14087, *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 sovrazionali*, pagg. 60-61.

¹¹ Sezione curata, in parte, con contributi rielaborati ed adattati da: Viberti G., Perino G., *La Sperimentazione regionale delle Case della Salute in Piemonte*, 2020, IRES Piemonte (in fase di pubblicazione)

¹² D.P.C.M. del 29 novembre 2001

¹³ D.P.C.M. 12 gennaio 2017, art. 21

¹⁴ Regione Piemonte, DGR n. 26-1653 del 29/05/2015 "Interventi per il riordino della rete territoriali in attuazione del Patto per la Salute 2014/16 e della DGR n. 1-600 del 19/11/2014 e s.m.i."

¹⁵ Regione Piemonte, DGR n. 1-600 del 19/11/2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/16 di linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriali e s.m.i."

¹⁶ Modello LA (Livelli di Assistenza) allegato ai conti Economici, fonte Open Data MEF, 2018.

Con la D.C.R. n. 257-25346 del 20 dicembre 2022 recante “Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte". (Proposta di deliberazione n. 274)” è stato recepito il decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 ed è stato approvato il documento recante il provvedimento generale di programmazione “Assistenza territoriale nella Regione Piemonte”.

Il documento allegato descrive gli indirizzi prioritari per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nella Regione, allo scopo di garantire il percorso complessivo di prevenzione e presa in carico e gestione della persona nelle diverse fasce di età e fasi del percorso di salute, per la continuità assistenziale e l’integrazione fra i servizi, nell’ambito di un nuovo modello organizzativo di assistenza di prossimità che ponga al centro del sistema la persona assistita e i suoi bisogni di salute.

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, 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
- promuovere l'innovazione strutturale e tecnologica a supporto della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, in particolare ospedaliera.

La strategia che si intende adottare è fondata sul riordino funzionale/organizzativo della rete ospedaliera, e più in generale della rete sanitaria, secondo un modello che preveda la diversificazione dei centri e l'attribuzione delle competenze secondo livelli di complessità delle prestazioni e di intensità delle cure; in particolare il modello "hub & spoke" prevede la concentrazione della produzione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (hub) e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (spoke) cui compete principalmente la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento. Il modello hub & spoke si configura come un sistema di relazioni fra unità produttive in cui i pazienti sono trasferiti verso una o più unità centrali di riferimento (gli hub) quando la soglia di complessità degli interventi previsti nelle sedi periferiche (gli spoke) viene superata. Il modello di rete così configurato, caratterizzato da un'alta componente gerarchica nella relazione fra i nodi, può essere qualificato come una razionalizzazione del sistema produttivo attraverso la centralizzazione della produzione di attività complesse in centri di riferimento. In particolare permette di rispondere ad esigenze di qualità e sostenibilità economica attraverso la concentrazione di determinate attività assistenziali in centri di alta specialità, ed inoltre, attraverso la razionalizzazione delle relazioni con i centri gerarchici inferiori consente il raggiungimento degli obiettivi di efficienza gestionale, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, equità di accesso e continuità assistenziale. La soluzione prospettata per il riordino della rete ospedaliera comporta quindi sia la realizzazione di interventi a livello strutturale-tecnologico, sia l'adozione di misure a livello sanitario, organizzativo, gestionale e/o procedurale, finalizzati a creare le condizioni necessarie a massimizzare la capacità di risposta alle esigenze del territorio, a supportare le configurazioni dei servizi sanitari e le relazioni funzionali tra le strutture sanitarie. 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 a 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.

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 e 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).

Anche allo scopo di assicurare le azioni di benchmarking con altre realtà regionali viene attivata la collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, nel cui ambito opera il Laboratorio Management e Sanità. 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 ospedaliero piemontese presenta le seguenti problematiche:

- strutture obsolete e/o con gravi eccessi insediativi;
- rete dei presidi non organizzata adeguatamente per livelli di complessità e bisognosa di riordino, in generale per l'assistenza ospedaliera di base erogata dalle ASO/AOU in rapporto alle esigenze del territorio di affluenza, con particolare riferimento all'assistenza materno-infantile;
- mobilità passiva extra-regionale da ridurre.

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 dall'accordo di programma 2008. Gli interventi individuati per ogni Accordo di Programma hanno lo scopo di consentire il raggiungimento degli obiettivi previsti step by step, tenendo sotto controllo le risorse regionali disponibili.

Obiettivi generali

- G1. Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione;
- G2. Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera in termini di risposta al fabbisogno, accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema;

Obiettivi specifici

- S1. Riorganizzazione dell'assistenza specialistica per livelli di complessità;
- S2. Riqualificazione del presidio ospedaliero;
- S3. Adeguamento alle norme di sicurezza sismiche e dell'antincendio;
- S4. Ristrutturazione del presidio ospedaliero;
- S5. Adeguamento a standard tecnologici elevati.

Obiettivi operativi

- O1. Riorganizzazione delle attività di area medica, chirurgica, delle cure intensive e dei servizi di supporto;
- O2. Interventi di rifacimento messa in sicurezza antincendio;

- 03. Interventi di miglioramento sismico;
- 04. Realizzazione nuovo padiglione
- 05. Interventi diffusi di ristrutturazione
- 06. Riqualificazione del parco attrezzature e tecnologie.

2.a.3. Interventi progettuali

Nuovo Blocco di Emergenza/Urgenza del P.O. S. Andrea di Vercelli

(dal Protocollo d'Intenti tra ASL VC, Regione Piemonte, Comune di Vercelli e dallo Studio di Fattibilità)

L'intervento consiste nella realizzazione di un nuovo edificio destinato al Dipartimento di Emergenza/Urgenza, ampliato negli spazi rispetto al medesimo Dipartimento esistente all'interno dell'attuale Presidio Ospedaliero. Occupa una superficie totale di circa 12.600 mq, distribuita su 5 livelli, dove sono ospitate le funzioni di:

- Pronto Soccorso e Camera Calda (Livello 0);
- Terapia Intensiva (Livello 1);
- Locali Tecnici (Livello 2);
- Sale Operatorie (Livello 3);
- Centrale di Sterilizzazione (Livello 4).

Il nuovo edificio è caratterizzato da soluzioni tecniche e progettuali conseguenti all'esperienza maturata nel periodo pandemico, rispondendo nell'immediato alle mutate esigenze sanitarie e tecnologicamente avanzato anche sotto il profilo del ridotto impatto ambientale.

Il nuovo edificio è pienamente integrato con il Presidio Ospedaliero esistente, con il quale viene messo in comunicazione in corrispondenza di due piani, in modo da garantire il collegamento tra i reparti esistenti di Cardiologia e Chirurgia rispettivamente con la Terapia Intensiva (1° livello) e le Sale Operatorie (3° livello) previste nel nuovo Blocco.

Inoltre, la localizzazione, la morfologia e l'organizzazione tipologica del nuovo edificio garantisce la possibilità di costruzione di un futuribile nuovo ospedale, andandone a costituire il primo blocco funzionale.

2.a.4. Quadro economico finanziario dell'intervento

TABELLA INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE PRESID OSPEDALIERI

AZIENDA	PRESIDIO OSPEDALIERO	COMUNE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO TOTALE
ASL Vercelli	Ospedale S. Andrea	Vercelli	Realizzazione nuovo Blocco di emergenza/urgenza	53.500.000,00

2.a.5. Offerta post-operam

La realizzazione dell'intervento previsto comporterà il miglioramento dell'offerta di assistenza per quanto concerne i servizi di emergenza/urgenza relativi al territorio della Provincia di Vercelli e zone limitrofe, al fine non solo di allinearli con l'attuale quadro normativo e programmatico generale, ma anche di raggiungere obiettivi di eccellenza attraverso strutture tecnologicamente avanzate e attente ai bisogni complessivi delle persone.

2.b. Coerenza interna della strategia

2.b.1. Relazione e complementarietà tra le priorità

La realizzazione di cui al presente Documento programmatico, inerente la costruzione di un nuovo Blocco di emergenza/urgenza del P.O. S. Andrea di Vercelli, si compie lungo un percorso che mira ad accompagnare l'Ospedale esistente verso uno scenario di medio periodo sostenibile da un punto di vista organizzativo, funzionale e gestionale, anche in termini economici, assumendo che tale edificio possa costituire il primo blocco funzionale del futuro Ospedale di Vercelli.

L'offerta ante-operam è quella di una rete ospedaliera che si presenta con strutture mediamente distanti dal soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento (che sono mediamente riscontrati per il 74,4%), obsolete rispetto ai requisiti attualmente di riferimento (in una misura pari a 69,7 in un dominio che fa corrispondere a 100 l'assoluta inattualità delle strutture) e con un fabbisogno per l'adeguamento stimato in circa 1,71 miliardi di euro (al netto degli adeguamenti antisismici).

Delle 52 strutture che costituiscono i 48 ospedali a gestione diretta della Regione Piemonte, 14 (circa il 27% delle 52 complessive) hanno inoltre dei vincoli – determinati dall'impianto tipologico, dalla tipologia costruttiva e da norme specifiche di tutela – che precludono la risoluzione delle criticità attualmente presenti e rendono quindi l'obiettivo del pieno soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento un limite non pienamente perseguibile (con risorse ed interventi ordinari).

L'emergenza sanitaria in corso ha messo in evidenza la rilevanza di tali vincoli ed, in generale, della bassa attitudine alla trasformazione del patrimonio ospedaliero Regionale, che, seppur caratterizzato da una densità insediativa non intensiva (mediamente la superficie a posto letto è di circa 200 m²/pl), si è spesso dimostrato poco disponibile all'esecuzione di interventi di trasformazione differenti da quelli attuabili con una riorganizzazione delle attività da compiere con una differente destinazione delle preesistenze.

Nel documento sulla *“Strategia regionale per lo sviluppo sostenibile del Piemonte”* (in fase di approvazione), infatti, si riporta che *“Tra i bisogni regionali si conferma anche la necessità di un piano degli interventi di adeguamento e innovazione degli ospedali e delle strutture sanitarie territoriali esistenti, che sono vetuste e in larga parte non in linea con le recenti normative in fatto di sicurezza sismica e antincendio. Un piano di rinnovamento del parco tecnologico è altresì necessario per la sostituzione delle apparecchiature sanitarie vetuste, obsolete e non più conformi ai criteri di adeguatezza tecnologica.”* e che *“Le strutture ospedaliere e territoriali scontano la vetustà delle strutture e necessitano di piani di adeguamento normativo ai sensi della sicurezza antincendio e antisismica, nonché di innovazione o trasformazione. La maggior parte degli ospedali pubblici è stata progettata prima del 1970. Questo patrimonio edilizio necessita di essere adeguato alle normative vigenti, entrate in vigore dal 2002, trasformato in strutture con un minore livello di complessità oppure di essere sostituito con nuovi presidi. Disporre di presidi adeguati implica che si possa garantire sia la sicurezza delle persone, siano essi lavoratori o fruitori dei servizi, sia la conservazione delle strutture, degli arredi o delle attrezzature, e consenta di continuare a prestare assistenza alle persone anche a seguito di calamità.”*.

Guardando ad uno scenario di medio periodo ed in considerazione della programmazione sanitaria Nazionale e Regionale, nonché della possibile 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 segue:

INNOVAZIONE: realizzazione di nuovi ospedali in luogo di ospedali 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;

ACCESSIBILITÀ: interventi per la qualità, la tempestività e l'appropriatezza degli accessi in ospedale, quali presupposti per una continuità diretta fra ospedale e territorio, intesi – rispettivamente – come polo di erogazione e luogo nel quale si manifesta un bisogno urgente di cura.

I tre assi sopra prospettati, come anticipato, attuano la programmazione sanitaria ricercando una coerenza fra l'assetto attuale della rete ospedaliera e quello prospettato per il medio periodo, anche in considerazione dell'evoluzione più recente – determinata dall'emergenza sanitaria in corso – e di quella comunque prospettabile in materia di bisogni di cura e di riscontro agli stessi.

La coerenza, oltre che in chiave programmatica e prospettica, si rileva anche a livello organizzativo locale, poiché ciascuno degli interventi previsti nell'ambito dell'innovazione o dell'adeguamento ha la valenza di permettere l'ottimizzazione delle

funzioni attuali rispetto a requisiti già pertinenti agli usi correnti o a quelli previsti. Anche la strategia per il miglioramento dell'accessibilità, in questo senso, è coerente al disegno complessivo di trasformazione, costituendo una connessione ulteriore fra il territorio ed i poli che lo caratterizzeranno.

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 ospedaliera permetteranno l'avvio ed il consolidamento di nuovi flussi e scambi, ovvero il controllo di quelli che – già esistenti – vengono qualificati come incompatibili o come esternalità negative.

Nell'interpretare il nuovo significato di ospedale, la programmazione regionale punta a consolidare la continuità di tipo ospedale-ospedale e di tipo ospedale-territorio nell'ambito di percorsi integrati di cura e a risolvere la criticità derivanti dalla percezione dell'ospedale come esternalità negativa tramite la possibilità di tracciare questi percorsi non solo rispetto al bisogno di cura e all'ottimale modalità di riscontro, ma anche in considerazione delle specificità socio-economiche e territoriali locali e quindi di tutte le reti alle quali l'ospedale risulterà connesso in qualità di polarità positiva.

Nell'interpretare il nuovo significato di ospedale, i principi funzionali cardine sono i seguenti:

Umanizzazione: centralità della persona.

Il progetto architettonico deve essere centrato sul malato come persona, con le sue esigenze ed emozioni. L'edificio deve essere un sistema aperto "a misura d'uomo" in cui è garantita 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.

Urbanità: integrazione con il territorio e la città

L'ospedale deve essere concepito 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 in urgenza, paziente o accompagnato con mezzo proprio o con i mezzi pubblici, visitatore, personale sanitario, personale tecnico, fruitore occasionale dei servizi offerti). Anche la morfologia e il linguaggio architettonico dell'edificio devono integrarsi con il contesto.

Socialità: appartenenza e solidarietà

L'ospedale è un organismo aperto e integrato 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. Attraverso un ospedale così concepito si possono riscoprire e recuperare i valori di appartenenza e di solidarietà. Fra i servizi per la socialità risultano fondamentali, in particolare, quelli per il paziente

pediatrico e per il paziente geriatrico, nonché quelli per il welfare dei dipendenti ed, eventualmente, per chi assiste pazienti lungodegenti.

Organizzazione: efficacia, efficienza e benessere percepito

L'ospedale deve 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 dipartimentale che favorisce l'introduzione di modelli gestionali per processi e non più per funzioni.

Interattività: completezza e continuità assistenziale

L'ospedale, deputato alle terapie di ricovero, alle attività di alto livello o complessità operativa/tecnologica, deve collaborare con le altre strutture ospedaliere, con le strutture territoriali ed i medici di famiglia 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 fino al proprio domicilio, 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

L'ospedale viene organizzato e gestito non come un luogo omnicomprensivo per la sanità, bensì come un polo per il trattamento della fase acuta della malattia, per la diagnostica avanzata e per la gestione dell'emergenza. Tale ruolo è tanto più sostenibile quanto più l'ospedale fa parte di una rete integrata in grado di operare, con la prevenzione e la medicina territoriale, sull'appropriatezza degli accessi e poi sulla continuità del percorso di cura dopo la dimissione.

Affidabilità: sicurezza e tranquillità

L'ospedale deve garantire la massima sicurezza e tranquillità attraverso la preparazione e la professionalità di tutti gli operatori, attraverso la formazione permanente, l'aggiornamento dei protocolli di cura, la costante manutenzione degli impianti e delle apparecchiature medicali, la pulizia e la sanificazione degli ambienti e dei materiali e la tutela della privacy. La flessibilità concorre al soddisfacimento dell'obiettivo di sicurezza nel momento in cui l'ospedale ed i suoi percorsi risultassero riconfigurabili per la gestione degli accessi, dell'indirizzamento e della permanenza in base a determinate tipologie di utenti o predeterminate circostanze contestuali.

Innovazione: rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico e informatico

All'edificio ospedaliero deve essere garantita la massima flessibilità strutturale, organizzativa e funzionale, sia all'interno sia all'esterno, senza comprometterne la coerenza e l'operatività.

Ricerca: approfondimento intellettuale, clinico e scientifico

L'ospedale è anche il luogo della ricerca scientifica o del monitoraggio degli esiti dell'innovazione in campo clinico, tecnologico e farmaceutico; è quindi necessario

puntare sulla formazione degli operatori e sulla condizione delle loro esperienze nell'ottica del miglioramento continuo.

Formazione: aggiornamento professionale e culturale.

L'aggiornamento continuo di medici, infermieri, tecnici ed operatori è il presupposto indispensabile per l'adeguamento all'evoluzione tecnologica e professionale della medicina. L'ospedale deve anche essere luogo di educazione sanitaria e occasione di cultura per i cittadini.

A questi principi si aggiunge quello – fondamentale – della flessibilità, da intendersi con due differenti declinazioni. La prima riguarda la possibilità di ampliare l'opera ed incide quindi su impianto tipologico, costruttivo e distributivo, anche rispetto alle sue relazioni con il sito di fondazione e con l'accessibilità. La seconda declinazione della flessibilità riguarda invece il costruito e, in modo specifico, la possibilità di riconfigurare le attività nel tempo, conferendo agli spazi esistenti nuove funzioni e nuovi assetti interni. Questo significato di flessibilità dovrà essere ricercato anche pensando alla possibilità di dover realizzare delle aree ospedaliere suscettibili di fruizione autonoma e quindi connesse a percorsi distributivi e funzionali che ne possano permettere una compartimentazione ed un utilizzo indipendente (come, ad esempio, può rendersi necessario nell'ipotesi di ricovero per infettivi che necessitano di cure ad alta intensità).

Nell'ospedale devono infine essere previste delle "unità polmone", ossia degli spazi ad uso flessibile immaginati per la degenza. Le "unità polmone" potranno essere utilizzate in occasione di eventuali picchi epidemici, ovvero come aree per la bassa intensità di cura, fino al limite del ricovero per necessità socio-assistenziali prima delle dimissioni (quando la fragilità del paziente non permette la continuità al domicilio o, eventualmente, ad altra struttura per il post acuzie o territoriale).

Rispetto alle priorità di intervento, i tre percorsi di cui al presente Documento Programmatico (innovazione, adeguamento ed accessibilità) possono compiersi in parallelo poiché non sono reciprocamente interferenti e sono rimandati, per la fase attuativa, alla competenza e alla responsabilità delle Aziende Sanitarie.

2.b.2. Analisi dei rischi

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

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 e, 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)

Le disposizioni in materia di ruolo degli ospedali nella rete pubblica (HUB, Spoke, di Base, di Area disagiata) e di posti letto di cui alla DGR n. 1-600 del 19 novembre 2014 e s.m.i.: "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" risultano sostanzialmente attuate poiché ciascun ospedale interpreta attualmente il ruolo previsto ed il numero dei posti letto presenti negli ospedali pubblici a gestione diretta (11.472 unità, escluso il nido, consolidato 2019 - pre Covid-19) è confrontabile con quello programmato (11.088 unità).

Nell'ipotesi di trasformazione delle reti ospedaliere locale è la stessa DGR n. 1-600 e s.m.i. a determinare il ruolo dell'ospedale, le specialità presenti ed il numero dei posti letto di progetto: valore da intendere come un ordine di grandezza eventualmente da contestualizzare ai cambiamenti di ordine epidemiologico e prestazionale che fossero intervenuti dal 2014 ad oggi nei differenti ambiti di intervento (territori o bacini delle Aziende Sanitarie). Tale circostanza si definisce come un punto di forza poiché costituisce un riferimento capace di orientare la programmazione degli interventi che attuano le disposizioni già previste, riducendo in senso pragmatico l'alea di incertezza che altrimenti ci sarebbe nella gestione di criteri organizzativi e funzionali meno circostanziati.

La trasformazione della rete ospedaliera non riscontra solo l'urgente bisogno di adeguamento ed innovazione dell'esistente, bensì costituisce anche l'occasione per attuare in condizioni di piena sostenibilità il riordino incoraggiato dalla disciplina sulla specializzazione e sul potenziamento dell'alta intensità di cura (intensiva e sub-intensiva) ex DL 19 maggio 2020, n. 34 e successivi atti programmatici.

La trasformazione della rete ospedaliera mediante l'innovazione dell'esistente, inoltre, permette di ricercare nuove forme di continuità del tipo ospedale-ospedale ed ospedale-territorio permettendo così un migliore controllo dell'appropriatezza degli accessi ospedalieri (rispetto alla qualità, alla tempestività e all'efficienza delle cure), una migliore specializzazione degli ospedali sul fronte del trattamento dell'acuzie e della diagnostica avanzata, anche in chiave di competitività (che incide, a sua volta, sul recupero della mobilità passiva) e la strutturazione di percorsi integrati di cura in grado di riscontrare l'evoluzione dei bisogni clinici dei pazienti, ovunque questi vengano corrisposti (anche con prestazioni aventi carattere socio-sanitario od assistenziale).

Nel caso dell'adeguamento, l'ottimizzazione dell'esistente può permettere di ricercare migliori corrispondenze fra organizzazioni, funzioni e dotazioni (anche strutturali) al fine di perseguire livelli di flessibilità idonei a permettere agli ospedali di gestire (in base al loro ruolo nella rete ospedaliera) i picchi di attività, ovvero l'eventuale riorganizzazione delle modalità di cura nel caso in cui queste dovessero essere prestate secondo requisiti più stringenti rispetto a quelli inizialmente previsti. Il progetto della flessibilità permette di garantire condizioni di sostenibilità sia in

condizioni ordinarie, sia in condizioni straordinarie, avendo a monte verificato la coerenza del modello organizzativo e funzionale (più o meno intensivo) e quella delle dotazioni e delle risorse necessarie alla sua effettiva applicazione.

Aumentare l'affidabilità e la disponibilità delle risorse (personali e tecnologiche) poiché gli interventi di trasformazione (innovazione ed adeguamento) mirano ad un uso più razionale delle risorse esistenti e, nel caso delle dotazioni tecnologiche, al recupero dell'obsolescenza attuale e dei conseguenti limiti prestazionali. L'uso più razionale delle risorse è evidente anche da un punto di vista economico rispetto ai costi per la gestione e la conduzione di strutture e dotazioni più affidabili ed efficienti rispetto a quelle attuali.

Puntare agli interventi come leva per l'innovazione e lo sviluppo a livello locale, da un punto di vista territoriale, sociale ed economico.

Migliorare l'accessibilità al sistema ospedaliero mediante la connessione diretta fra ospedale e territorio a fronte di urgenze od emergenze che dovessero manifestarsi in aree raggiungibili, con mezzi ordinari, in tempi superiori a quelli critici rispetto agli esiti del trattamento in urgenza od emergenza.

Punti di debolezza (Weakness)

L'intervento di cui al presente Accordo di Programma si compie nel breve-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. Parallelamente occorre definire ed attuare delle misure per la sostenibilità dell'esistente contestualizzando le necessità attuali alle evoluzioni prospettate e quindi controllando il rischio del basso rendimento degli investimenti che eventualmente si rendessero necessari a fronte di bisogni indifferibili.

Il presente Documento programmatico si riferisce a tre assi di intervento (innovazione, adeguamento ed accessibilità) e richiede impegno nella programmazione e nel coordinamento delle fasi attuative.

Nel caso dell'innovazione e dell'adeguamento, in particolare, occorre avere particolare cautela nella realizzazione di interventi nell'esistente rispetto alle interferenze che dovessero sorgere e, in ogni caso, nella gestione del transitorio e dei trasferimenti. Nel caso dell'adeguamento, infine, occorre verificare preventivamente se gli interventi principali non comportino interventi ulteriori in ambiti differenti da quelli strettamente interessati, in modo che il carattere dell'essere funzionale e funzionante si possa estendere non solo al prodotto della singola realizzazione, bensì all'intera organizzazione o struttura della quale fa parte.

Nel caso di interventi per l'innovazione occorre ampliare il disegno complessivo di trasformazione agli ambiti che risultassero interessati da dismissione o da ridestinazione ad usi non sanitari al fine di non compromettere il valore complessivo degli interventi. E' quindi necessario, parallelamente all'attuazione degli interventi di cui al presente Documento Programmatico, dare impulso per l'avvio di ulteriori progettualità complementari.

L'intervento deve essere coordinato con le altre progettualità che la Regione Piemonte o le sue Aziende Sanitarie intraprendessero per il riordino della rete ospedaliera o della rete territoriale in modo che, rispetto al medio periodo, venga

restituito un disegno unitario e complessivo di trasformazione che non renda necessaria la revisione degli obiettivi inizialmente fissati per ciascun intervento.

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 ospedaliere esistenti attuando una razionalizzazione della rete ospedaliera 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 continuità del tipo ospedale-ospedale ed 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.

Interpretando la continuità come un presupposto per la costituzione di percorsi integrati di cura, il potenziamento di questi ultimi permetterà di interpretare meglio il nuovo significato di ospedale, che è quello di un polo specializzato nel trattamento della fase acuta della malattia e nella diagnostica avanzata, ma connesso alle reti sanitarie e socio-assistenziali, con le quali interagisce per garantire agli assistiti percorsi in grado di accompagnarli durante l'evoluzione dei loro bisogni sanitari, anche rispetto a quelli socio-assistenziali.

Minacce (Threat)

Il contesto congiunturale attuale è in transizione verso un assetto che ha un margine di imprevedibilità che potrebbe comportare una variazione dello scenario di medio periodo di riferimento per la definizione del disegno di trasformazione complessivo, comprendente gli interventi del presente Documento Programmatico, oltre a sopraggiunte esigenze. Oltre a misure di sostegno per la certezza dei tempi, degli oggetti e dei costi delle realizzazioni occorre quindi puntare sulla flessibilità delle realizzazioni per riscontrare ulteriori esigenze o circostanze che dovessero eventualmente sopraggiungere.

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 corso¹.

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'A.d.P. 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

¹https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2021-02/dsu_documento_strategico_unitario_per_la_consultazione_con_il_partenariato_22.2.21.pdf

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 dove sempre più funzionare in modo armonizzato e sinergico, per realizzare un'organizzazione a rete di servizi.

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*, nel quale 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 50.825.000,00.

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 ospedaliera regionale è da ricercare nella rilevanza delle criticità che attualmente caratterizzano le sue strutture. Per le 52 strutture che costituiscono i 48 ospedali pubblici a gestione diretta della Regione Piemonte, infatti:

l'obiettivo del soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento è di medio periodo, poiché tali requisiti risultano mediamente riscontrati per il 74,4% (100%: pieno soddisfacimento). Guardando alle singole strutture ospedaliere ed assumendo quella del 75% come una soglia al di sopra della quale si può sostenere che i requisiti strutturali per l'accreditamento siano sostanzialmente soddisfatti, si rileva che 21 presidi su 52 (il 40% circa) non raggiungono tale soglia e si presentano quindi come critici per qualità strutturale.

rispetto all'obsolescenza si rileva che 35 strutture ospedaliere su 52 (il 67% circa) non sono attuali rispetto ai requisiti di riferimento poiché, assunta convenzionalmente la durata della loro vita utile pari a 100, si presentano con un'età superiore a 70. Tale valore si assume come la soglia superata la quale ha inizio la fase tardiva della vita utile delle strutture. In questa fase alla progressiva perdita di affidabilità delle componenti strutturali ed impiantistiche corrisponde una difficoltà sempre maggiore di pervenire ad un pieno ripristino di condizioni di adeguatezza con mezzi ordinari. L'obsolescenza media delle strutture ospedaliere regionali si avvicina al valore soglia, presentandosi con un valore pari a 69,7.

Per il perseguimento dell'obiettivo del pieno soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento sarebbero necessari lavori di adeguamento per circa 1,71 miliardi di euro. Tale importo non comprende gli interventi ammessi a finanziamento dalla Regione Piemonte per fronteggiare l'emergenza COVID e per l'adeguamento antisismico.

Delle 52 strutture degli ospedali a gestione diretta, 14 (circa il 27%) di queste, critiche per qualità strutturale, non risultano pienamente disponibili ad interventi diffusi ed intensivi di adeguamento a causa dell'elevato livello di obsolescenza che le caratterizza e della presenza di vincoli intrinseci derivanti dalla tipologia costruttiva, dall'impianto tipologico, ovvero dalla presenza di vincoli normativi alla realizzazione di determinati interventi.

La rilevanza delle criticità attuale è ancora maggiore in chiave prospettica poiché la parziale indisponibilità di parte delle strutture ad interventi di adeguamento intensivi 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

Poiché l'intervento oggetto del presente Documento programmatico, relativo alla realizzazione del nuovo Blocco di emergenza/urgenza del P.O. S. Andrea di Vercelli, verrà realizzato attraverso un appalto di tipo "tradizionale", 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 dell'ospedale.

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'ASL di Vercelli 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

Come anticipato a proposito della fattibilità amministrativa degli interventi, le risorse umane per l'attuazione dell'intervento sono presenti presso l'ASL di Vercelli – 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, possono essere 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 in urgenza.

Consumo di risorse

Per la riduzione degli impatti ambientali si punta alla contrazione dei fabbisogni e, in particolare, alla riduzione dei fabbisogni da fonti non rinnovabili. 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.

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.

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 il nuovo significato di ospedale, che è il luogo per il trattamento degli acuti e per la diagnostica avanzata che appartiene ad un sistema più ampio caratterizzato da percorsi di cura. 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 strettamente opere a destinazione sanitaria. Le attività miste, pertanto, sono presenti nell'esercizio di funzioni accessorie o complementari a quelle ordinariamente legate alla dimensione sanitaria. Fanno parte di queste attività la formazione continua, il monitoraggio degli esiti (anche a seguito di nuove pratiche o somministrazioni) e la continuità di tipo ospedale-ospedale od ospedale-territorio, fino a quando non può essere garantita la continuità del percorso verso il segmento di cura successivo a quello per la risoluzione dell'acuzie.

4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

4.a Sistema di indicatori

Oltre agli indicatori del contesto socio-sanitario cui si è accennato nello specifico paragrafo 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 del grado 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:

tempo effettivo totale 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.

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 posti letto

n° totale posti letto attivati / n° totale posti letto in progetto

Tale indicatore potrà essere calcolato in riferimento a specifiche aree di attività o specialità.

IP.8 –Attivazione sale operatorie

n° sale operatorie attivate / n° totale sale operatorie in progetto

Tale indicatore potrà essere calcolato sia sul totale dei reparti operatori previsti, sia in riferimento a specifiche aree di attività o specialità.

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.5 – Indice di attivazione posti letto

n° p. l. effettivamente attivati / n° pl. posti previsti in sede di progetto

Tale indicatore potrà essere calcolato sia sul totale dei posti letto, sia in riferimento a specifiche aree di attività o specialità.

IE.6 – Indice di attivazione sale operatorie

n° totale sale operatorie attivate / n° totale sale operatorie in progetto

Tale indicatore potrà essere calcolato sia sul totale dei reparti operatori previsti, sia in riferimento a specifiche aree di attività o specialità.

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 [€/pl]

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

Costo totale interventi con pl. / n° pl. 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, è riassunto nella tabella seguente.

Tipo/ sottotipo	Codice	Indicatore
INDICATORI DI CONTESTO	---	Atlante Sanitario del Piemonte
INDICATORI DI PROGRAMMA	IP1	Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento
Indicatori di risorse	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 posti letto
	IP8	Attivazione sale operatorie
INDICATORI DI EFFICACIA/EFFICIENZA	IE1	Indice di avanzamento dell'intervento
Indicatori di efficacia	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 posti letto
	IE6	Indice di attivazione sale operatorie
	IE7	Indice di ammodernamento apparecchiature
	IE8	Costo unitario di costruzione [€/mq]
Indicatori di efficienza	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 ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione.	S1	Riorganizzazione dell'assistenza specialistica per livelli di complessità	O1	Riorganizzazione delle attività di area medica, chirurgica, delle cure intensive e dei servizi di supporto	IP7, IP8, IE5, IE6
G2	Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera in termini di risposta al fabbisogno, accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema;	S2	Riqualificazione del presidio ospedaliero	O2	Intervento di rifacimento del blocco operatorio	IP3, IP5, IP8, IE3, IE6, IE8, IE9
		S3	Adeguamento alle norme di sicurezza sismiche e dell'antincendio	O3	Interventi di miglioramento sismico	IP3, IP5, IE1, IE3, IE8, IE9
		S4	Ristrutturazione del presidio ospedaliero	O4	Realizzazione nuovo padiglione	IP3, IP5, IP8, IE3, IE6, IE8, IE9

		OBIETTIVI SPECIFICI		OBIETTIVI OPERATIVI		INDICATORI
				05	Interventi diffusi di ristrutturazione	IP3, IP5, IE1, IE3, IE8, IE9
		S5	Adeguamento a standard tecnologici elevati	06	Riqualificazione del parco attrezzature e tecnologie	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 AA.SS.RR.;
- 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, garantendo agli utenti un accesso diretto e immediato a un nuovo edificio, tecnologicamente innovativo, destinato alle emergenze e collocato negli spazi limitrofi al Presidio Ospedaliero esistente.

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 Edisan, 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 l'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 dei lavori, 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. Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione G2. Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera in termini di assistenza ospedaliera al fabbisogno, accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema	Indicatori di contesto <i>cfr. Atlante Sanitario del Piemonte 2006</i> 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	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 F.I.Te.B.	Coordinamento azioni dei diversi soggetti coinvolti: - Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale Vercelli
Obiettivi specifici	S1. Riorganizzazione dell'assistenza specialistica per livelli di complessità S2. Riqualificazione del presidio ospedaliero S3. Adeguamento alle norme di sicurezza sismiche e dell'antincendio S4. Ristrutturazione del presidio ospedaliero S5. Adeguamento a standard tecnologici elevati	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		
Obiettivi Operativi	O1. Riorganizzazione delle attività di area medica, chirurgica, delle cure intensive e dei servizi di supporto O2. Intervento adeguamento alle norme antincendio O3. Intervento di miglioramento sismico O4. Realizzazione nuovo padiglione O5. Interventi diffusi di ristrutturazione O6. Riqualificazione del parco attrezzature e tecnologie	Indicatori di risultato - IP7. Attivazione posti letto - IP8. Attivazione sale operatorie 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 posti letto - IE6. Indice di attivazione sale operatorie - IE7. Indice di ammodernamento apparecchiature		
Interventi	<u>Realizzazione di un nuovo Blocco di emergenza/urgenza del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli – ASL VC</u>	Indicatori di efficienza - IE8. Costo unitario di costruzione [€/mq] - IE9. Costo di realizzazione posto letto [€/pl]		

Analisi S.W.O.T.

MINACCE - <u>Non cogenza con norme accreditamento</u> - <u>Bassa attrazione extraregionale</u>	FORZE - <u>Prestazioni specialistiche</u> - <u>Finanziamento disponibile</u> - <u>Specializzazione e preparazione del personale</u>
DEBOLEZZE - <u>Dispersione sale operatorie</u> - <u>Logistica interna</u> - <u>Reparti non a modulo efficiente</u> - <u>Stato di usura</u>	OPPORTUNITÀ - <u>Convenienza rispetto a nuova costruzione</u> - <u>Intervento fattibile in tempi brevi</u> - <u>Revisione rete regionale materno infantile</u> - <u>Riqualificazione della rete ospedaliera</u>

Obiettivi / Indicatori / Interventi

OBIETTIVI GENERALI		OBIETTIVI SPECIFICI		OBIETTIVI OPERATIVI		INDICATORI	
G1	Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione	S1	Riorganizzazione dell'assistenza specialistica per livelli di complessità	O1	Riorganizzazione delle attività di area medica, chirurgica, delle cure intensive e dei servizi di supporto	IP7, IP8, IE5, IE6	Indicatori di risorse, realizzazione e risultato IP1 e IP8 <i>Trattandosi di indicatori del livello di avanzamento o realizzazione del programma o intervento, il valore teorico atteso è pari a 1.</i>
G2	Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera in termini di risposta al fabbisogno, accessibilità e di appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema	S2	Riqualificazione del presidio ospedaliero	O2	Interventi di rifacimento del blocco operatorio	IP3, IP5, IP8, IE3, IE6, IE8, IE9	Indicatori di efficacia IE1, IE2, IE5, IE6 <i>Il valore teorico atteso è pari a 1.</i>
		S3	Adeguamento alle norme di sicurezza sismiche e dell'antincendio	O3	Interventi di miglioramento sismico	IP3, IP5, IE1, IE3, IE8, IE9	
		S4	Ristrutturazione del presidio ospedaliero	O4	Realizzazione nuovo padiglione	IP3, IP5, IP8, IE3, IE6, IE8, IE9	IE7 <i>Il valore teorico atteso è minore di 1.</i>
				O5	Interventi diffusi di ristrutturazione	IP3, IP5, IE1, IE3, IE8, IE9	
S5	Adeguamento a standard tecnologici elevati	O6	Riqualificazione del parco attrezzature e tecnologie	IP3, IP5, IE1, IE3, IE7, IE9	Indicatori di efficienza IE8-IE9 <i>I valori attesi sono quelli definiti in sede di progetto</i>		

Obiettivi ed indicatori dell'AdP*Obiettivi generali dell'AdP*

OBIETTIVI	
G.1	Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione
G.2	Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera in termini di risposta al fabbisogno, accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema;

Obiettivi specifici dell'AdP

OBIETTIVI	
S.1	Riorganizzazione dell'assistenza specialistica per livelli di complessità
S.2	Riqualificazione del presidio ospedaliero
S.3	Adeguamento alle norme di sicurezza sismica e dell'antincendio
S.4	Ristrutturazione del presidio ospedaliero
S.5	Adeguamento a standard tecnologici elevati

Quadro finanziario contenuto nella proposta di AdP

INTERVENTI	IMPORTO STATO	IMPORTO REGIONE	IMPORTO TOTALE FINANZIAMENTO ART.20
Realizzazione nuovo Blocco di Emergenza/Urgenza del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli – ASL VC	50.825.000,00	2.675.000,00	53.500.000,00
IMPORTO TOTALE COMPLESSIVO	50.825.000,00	2.675.000,00	53.500.000,00

Verifica dell'analisi di contesto

	PRESENZA ASSENZA	EVIDENZIAMENTO DI PARTICOLARI FENOMENI
A.1 Quadro demografico della Regione	P	Si veda paragrafo 1.b.2. (<i>Quadro demografico</i>)
A.2 Quadro epidemiologico della Regione	P	Si veda paragrafo 1.b.1. (<i>Quadro epidemiologico</i>)
A.3 Quadro della mobilità passiva intra ed extra regionale	P	Si veda paragrafo 1.b.5. (<i>Quadro della mobilità attiva e passiva</i>)
A.4 Analisi della domanda di prestazioni sanitarie	P	Si veda paragrafo 1.b.4. (<i>Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso</i>)
A.5 Analisi dell'offerta	P	Si veda paragrafo 1.b.6. (<i>Offerta ante-operam</i>)
A.6 Criticità di accesso e dei percorsi diagnostici-terapeutici	P	Si veda paragrafo 1.a.4. (<i>Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso</i>)

Analisi dell'offerta attuale

	DATO REGIONALE	STANDARD NAZIONALE	NOTE
Numero Posti letto per acuti per 1000 abitanti Pubblici privati	2,77	3,0	
Numero Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti Pubblici privati	0,9	0,7	
Tasso di ospedalizzazione per acuti per 1000 abitanti	123	180	
Mobilità passiva per acuti			
Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per 1.000 residenti			
Posti in strutture sanitarie residenziali e per 100.000 residenti:			
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti			

Analisi dell'offerta prevista a seguito della realizzazione dell'intervento

	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti	SI - Parzialmente
Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento	SI, direttamente
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie	NO
Raggiungimento di 250 pl. per acuti o 120 pl. per lungodegenza e riabilitazione	NO
Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 pl. per acuti o 120 pl. per lungodegenza e riabilitazione	NO
Posti letto per acuti	20 (4 nel DEA e 16 in TERAPIA INTENSIVA) in sostituzione (secondo il D.M. 70/2015) a quelli dei reparti di emergenza/urgenza del P.O. di Vercelli esistente
Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 ab.	Non direttamente pertinente
Posti in strutture sanitarie residenziali per 100.000 residenti:	Non direttamente pertinente
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	Non direttamente pertinente

Articolazione degli interventi dell'AdP per tipologie

TIPOLOGIA	N° INTERVENTI PER CATEGORIA	LIVELLO DI PROGETTAZIONE				
		Studio di fattibilità	Documento preliminare alla progettazione	Progetto preliminare	Progetto definitivo	Progetto esecutivo
Nuova costruzione	Realizzazione nuovo Blocco di emergenza/urgenza del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli – ASL VC	Studio di Fattibilità				
Ristrutturazione Restauro						
Manutenzione						
Completamento						
TOTALE	1	1	-	-	-	-

Fabbisogno finanziario per Obiettivi

OBIETTIVO SPECIFICO	N° INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Realizzazione nuovo Blocco di Emergenza/Urgenza del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli – ASL VC	1	50.825.000,00	2.675.000,00	--	53.500.000,00	100
Totale	1	50.825.000,00	2.675.000,00	--	53.500.000,00	100

Fabbisogno finanziario per Categorie

	N° INTERVENTI PER CATEGORIE	FINANZ. STATALE	FINANZ. REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Ospedali	1	40.973.500,00	2.156.500,00	--	43.130.000,00	80,62
Assistenza territoriale						
Assistenza residenziale						
Sistemi informatici						
Apparecchiature	1	5.215.500,00	274.500,00		5.490.000,00	10,26
Altro (arredi)	1	4.636.000,00	244.000,00		4.880.000,00	9,12
Totale	3	50.825.000,00	2.675.000,00	--	53.500.000,00	100,00

NOTE

L'intervento prevede una quota pari ad euro 10.370.000 (IVA COMPRESA) destinata sia agli arredi sia alle tecnologie (con superamento della soglia minima del 15% dell'importo totale dei lavori).

Fabbisogno finanziario per Tipologie di intervento

	N° INTERVENTI PER TIPOLOGIA	FINANZ. STATALE	FINANZ. REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
a) Nuova costruzione	1	40.973.500,00	2.156.500,00	--	43.130.000,00	80,62
b) Ristrutturazione						
c) Restauro						
d) Manutenzione						
e) Completamento						
f) Acquisto di Immobili						
g) Acquisto di attrezzature	1	5.215.500,00	274.500,00		5.490.000,00	10,26
Altro (arredi)	1	4.636.000,00	244.000,00		4.880.000,00	9,12
Totale	3	50.825.000,00	2.675.000,00	--	53.500.000,00	100,00

ALLEGATO 2 – SCHEDE TECNICHE

REGIONE PIEMONTE DIREZIONE SANITA' SETTORE POLITICHE DEGLI INVESTIMENTI	Azienda Sanitaria Regionale:
	A.S.L. VC
SCHEDA TECNICA INTERVENTO N°1	
Titolo Intervento:	NUOVO BLOCCO DI EMERGENZA / URGENZA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO S. ANDREA DI VERCELLI.
Descrizione Intervento:	REALIZZAZIONE DI UN NUOVO EDIFICIO DESTINATO AL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA/URGENZA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO S. ANDREA DI VERCELLI, AMPLIATO NEGLI SPAZI RISPETTO ALL'ATTUALE E COLLEGATO CON L'OSPEDALE ESISTENTE. IL NUOVO BLOCCO, DISTRIBUITO SU 5 LIVELLI, OSPITERA' PRONTO SOCCORSO E CAMERA CALDA (livello 0), TERAPIA INTENSIVA (livello 1), LIVELLO TECNICO (livello 2), SALE OPERATORIE (livello 3), CENTRALE DI STERILIZZAZIONE (livello 4).
Tipo Intervento:	NUOVA COSTRUZIONE
Categoria:	SERVIZI OSPEDALIERI
Stato di Progettazione:	DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE IN STESURA. STUDIO DI FATTIBILITA' APPROVATO CON DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 268 DEL 14/03/2023
Progetto Appaltabile	NO, FINO A PROGETTAZIONE AVVENUTA
Stazione Appaltante:	A.S.L. VC
Sede di erogazione:	OSPEDALE S. ANDREA DI VERCELLI
Localizzazione:	C.SO MARIO ABBIATE n°21, VERCELLI
Data Inizio Lavori:	GIUGNO 2025
Data Fine Lavori:	MAGGIO 2028
Data di Aggiudicazione prevista:	NOVEMBRE 2024
Data prevista per l'attivazione:	LUGLIO 2028
Tempo Previsto per la Durata Lavori:	3 ANNI
Tempo Previsto per l'attivazione	3 ANNI E 2 MESI
Codice CUP:	D65F23000010003
Soggetto Responsabile:	A.S.L. VC
Costo Complessivo dell'intervento:	€ 53.500.000,00
di cui finanziamento statale:	€ 50.825.000,00
di cui finanziamento regionale:	€ 2.675.000,00
Importo finanziamenti pregressi:	€ 0,00
Posti letto:	20 (4 nel DEA e 16 in Terapia Intensiva)
Superficie lorda interessata:	12.600 mq
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:	ing. Giuseppe GIAMMARINARO
IL REFERENTE PER LA COMPILAZIONE:	ing. Marta ZANETTA