

Deliberazione della Giunta Regionale 4 ottobre 2024, n. 17-228

ASL VCO - Ristrutturazione degli attuali presidi ospedalieri DEA di I livello "Castelli" di Verbania e "San Biagio" di Domodossola. 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° 18

Adunanza 04 OTTOBRE 2024

Il giorno 04 del mese di ottobre duemilaventiquattro alle ore 10:10 si è svolta la seduta della Giunta regionale in via ordinaria, presso la sede della Regione Piemonte, Piazza Piemonte 1 - Torino con l'intervento di Elena Chiorino Presidente e degli Assessori Paolo Bongioanni, Marco Gabusi, Marco Gallo, Maurizio Raffaello Marrone, Federico Riboldi, Andrea Tronzano, Gian Luca Vignale con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Assenti, per giustificati motivi: il Presidente Alberto CIRIO, gli Assessori Enrico BUSSALINO - Marina CHIARELLI - Matteo MARNATI

DGR 17-228/2024/XII

OGGETTO:

ASL VCO – Ristrutturazione degli attuali presidi ospedalieri DEA di I livello “Castelli” di Verbania e “San Biagio” di Domodossola. 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: Riboldi

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;

l’art. 5-bis del decreto legislativo 30.12.1992 n. 502, come introdotto dall’art. 5 del decreto legislativo 19.06.1999 n. 229 e successivamente integrato dall’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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di 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.;

il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano hanno stipulato in data 28 febbraio 2008 un Accordo con cui sono state definite le modalità e le procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di programma di cui all’art. 5-bis del decreto legislativo 30.12.1992 n. 502 e s.m.i., convenendo, tra l’altro:

- sull'individuazione della documentazione da predisporre concordemente tra Ministero della Salute e Regione interessata, all'interno della quale è compreso il Documento Programmatico, un complesso documento di valutazione del programma di investimento che definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti in oggetto;
- sull'istruttoria necessaria per la sottoscrizione dell'Accordo, che prevede la valutazione del Documento Programmatico da parte del Nucleo di verifica e valutazione degli investimenti pubblici del Ministero della Salute, con acquisizione di prescritto parere.

Premesso altresì 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.;

in data 19.11.2014 con D.G.R. 1-600 la Regione ha previsto le modalità di adeguamento della rete ospedaliera agli standard della Legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e le linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale;

in data 23.01.2015 con D.G.R. n. 1-924 la Giunta Regionale ha approvato le integrazioni alla D.G.R. n. 1-600 sopra menzionata.

Considerato che:

il sistema sanitario sta affrontando in questi ultimi anni una importante trasformazione in risposta al nuovo concetto di salute e ai bisogni epidemiologici emergenti, con impatto sui diversi livelli del sistema stesso (istituzionale, professionale, gestionale e sociale) e sulla innovazione del modello organizzativo e delle tecnologie, richiedendo comunque azioni strutturate di integrazione tra ospedale e territorio;

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;

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;

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;

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:

l'ASL VCO ha verificato la sostenibilità e funzionalità dello scenario che prevede la completa ricostruzione, per fasi, dei presidi ospedalieri "San Biagio" di Domodossola e "Castelli" di Verbania e lo sviluppo della risposta sanitaria del territorio con due presidi ospedalieri di I livello, in base al decreto ministeriale 70/2015, con caratterizzazione differenziata ed integrata con complessivi 300 posti letto, di cui 150 per ciascun presidio, in ottemperanza alla normativa vigente, rimanendo nel perimetro ospedaliero attuale senza consumo di suolo, con una stima preliminare dei costi di intervento pari a euro 200.000.000,00 complessivi, come da scheda allegata alla deliberazione della Giunta regionale 9 maggio 2023, n. 1-6856;

con D.C.R. n. 280-14649 del 20 giugno 2023 il Consiglio regionale del Piemonte ha adottato tale ipotesi innovativa in merito alla ristrutturazione degli attuali presidi ospedalieri "San Biagio" di Domodossola e "Castelli" di Verbania, dando atto che le risorse per la realizzazione degli interventi sono quelle di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, provenienti nella misura del 95 per cento dalle risorse statali a disposizione della Regione Piemonte, e nella misura del 5 per cento

stanziare nel bilancio dell'Ente sul capitolo 247536 della missione 13 programma 5; attraverso la collaborazione con il Politecnico di Torino, attivata dall'ASL VCO nel perimetro di cui alla D.G.R. n. 34-6762 del 17 aprile 2023, e all'avvio di tavoli tecnici di coordinamento tra la Regione, l'ASL VCO e i Comuni di Verbania e Domodossola, è stata accertata la fattibilità tecnica dell'operazione e sono stati condivisi gli indirizzi utili alla ristrutturazione dei due presidi; la Regione Piemonte ha attivato un'interlocuzione con i competenti uffici della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute al fine di accertare altresì la coerenza con il fabbisogno della programmazione sanitaria regionale e nazionale.

Preso atto che:

con deliberazione n. 677 del 10/09/2024, acquisita al protocollo della Regione Piemonte al n. 21459 in data 10/09/2024, il Direttore Generale dell'ASL VCO ha approvato i progetti di prefattibilità relativi ai seguenti interventi:

- Ristrutturazione Presidio Ospedaliero "Castelli" di Verbania (CUP B55F230004440003)
 - Ristrutturazione Presidio Ospedaliero "San Biagio" di Domodossola (CUP B65F23000420003);
- con la stessa deliberazione di cui al punto precedente il Direttore Generale dell'ASL VCO ha dato atto, tra l'altro, che il piano finanziario per l'attuazione degli interventi è il seguente:

FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88			
INTERVENTI	IMPORTO STATO (95%)	IMPORTO REGIONE (5%)	TOTALE FINANZIAMENTO ART.20
Ristrutturazione Presidio Ospedaliero Castelli di Verbania (ASL VCO)	€ 95.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 100.000.000,00
Ristrutturazione Presidio Ospedaliero San Biagio di Domodossola (ASL VCO)	€ 95.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 100.000.000,00
IMPORTO COMPLESSIVO	€190.000.000,00	€ 10.000.000,00	€200.000.000,00

Atteso che:

la quota statale pari al 95% dell'intervento sopra citato, per un totale di € 190.000.000,00, trova capienza nei fondi residui di cui ai precedenti finanziamenti derivanti dall'art. 20 della legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i. e che la copertura economica è garantita a partire dalla delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019 (€ 132.490.017,10), a cui si aggiungono risorse di cui all'art. 1 cc. 442 e 443 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 - Legge di bilancio 2021 (€ 57.509.982,90);

la quota di cofinanziamento regionale nella misura del 5% dell'intervento, per un totale di € 10.000.000,00, trova copertura negli stanziamenti di bilancio regionale del capitolo 247536 (Missione 13 Programma 5) secondo il seguente schema:

- esercizio 2025 euro 4.000.000,00

- esercizio 2026 euro 6.000.000,00

l'assunzione delle obbligazioni giuridiche conseguenti al presente provvedimento è subordinata all'approvazione da parte del Ministero della Salute del Decreto di ammissione a finanziamento degli interventi 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; ai sensi della Circolare n. 33 del 31.12.2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze e come dichiarato dal Direttore Generale dell'ASL VCO con nota prot. 7409 del 02/02/2024, acquisita al protocollo regionale al n. 2853 in pari data, 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 ed è garantito, pertanto, il rispetto dell'assenza del doppio finanziamento.

Ritenuto, rispetto all'utilizzo delle risorse statali sopra descritte, di destinare con successivo provvedimento a seguito di opportuna programmazione la quota pari allo 0,5 per cento dello stanziamento di cui al comma 442 dell'art. 1 della legge n. 178 del 30 dicembre 2020 (Legge di bilancio 2021) a favore dell'acquisto di dispositivi e applicativi informatici per l'applicazione della telemedicina, come stabilito dal comma 444 del medesimo art. 1 della L. 178/2020.

Richiamata la nota prot. 6880 del 07/02/2023 con la quale il Ministero della Salute, in riferimento a procedure art. 20 L. 67/88, richiede atto di approvazione regionale del Documento Programmatico.

Visto il Documento Programmatico allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, ad oggetto "ASL VCO - Ristrutturazione degli attuali presidi ospedalieri di primo livello "Castelli" di Verbania e "San Biagio" di Domodossola", elaborato e condiviso di concerto tra i settori regionali Politiche degli investimenti e Programmazione dei servizi sanitari e socio sanitari insieme all'Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola, inerente opere che ammontano complessivamente ad euro 200.000.000,00 di cui euro 190.000.000,00 (95%) a carico dello Stato ed euro 10.000.000,00 (5%) a carico della Regione, ai sensi dell'art.20 della Legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i..

Dato atto che la proposta contenuta nel Documento Programmatico di cui al capoverso precedente è coerente con la programmazione sanitaria nazionale e regionale, e in particolare con quanto disposto con D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i..

Ritenuto di approvare tale Documento Programmatico per sottoporlo al Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute ai fini della sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma integrativo Stato-Regione finalizzato finanziamento ex art.20 della Legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i..

Attestato che, ai sensi della DGR n. 8-8111 del 25 gennaio 2024 ed in esito all'istruttoria sopra richiamata, il presente provvedimento non comporta effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, in quanto gli oneri derivanti dal presente provvedimento, per l'importo pari ad euro 10.000.000,00, sono esclusivamente quelli sopra riportati.

Visti:

l'Accordo Stato Regioni rep. atti n. 65 del 28 febbraio 2008 "*Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002*";

il D.Lgs. n. 33/2013 "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*";

la D.G.R. n. 34-6762 del 17 aprile 2023 "*Approvazione schema tipo di accordo quadro ex art. 15 L. 241/90 tra Regione Piemonte, Azienda Sanitaria Zero Regione Piemonte e Politecnico di Torino per attività di ricerca, trasferimento tecnologico e formazione riguardante l'edilizia sanitaria per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri o la riqualificazione delle strutture esistenti*";

la D.G.R. n. 1-7297 del 25 luglio 2023 "*Approvazione della ricognizione degli investimenti già programmati a livello regionale in edilizia sanitaria, tra cui gli investimenti da finanziarsi con fondi dello Stato ex art. 20 della L.67/88 per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di nuovi accordi di programma tra Stato e Regione*";

la Legge regionale 26 marzo 2024, n. 9 "*Bilancio di previsione finanziario 2024-2026*";

la D.G.R. n. 5-8361 del 27/03/2024 "*Legge regionale 26 marzo 2024, n. 9 "Bilancio di previsione finanziario 2024-2026". Approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio Finanziario Gestionale 2024- 2026*";

la Legge regionale 1 agosto 2024, n. 20 "*Assestamento al bilancio di previsione finanziario 2024-2026*";

la D.G.R. n.46-117 del 02/08/2024 "*Legge regionale 26 marzo 2024, n. 9 "Attuazione della Legge*

regionale 1 agosto 2024, n. 20 "Assestamento del Bilancio di previsione finanziario 2024-2026". Variazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio Finanziario Gestionale 2024-2026".

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR n. 8-8111 del 25 gennaio 2024.

Tutto ciò premesso, udita la proposta del Relatore, 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 dall'art. 5 del D.Lgs. 19.06.1999 n. 229 e successivamente integrato dall'art. 55 della legge 27.12.2002 n. 289, per la realizzazione del progetto dell'Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola relativo a "ASL VCO - Ristrutturazione degli attuali presidi ospedalieri di primo livello "Castelli" di Verbania e "San Biagio" di Domodossola";
2. di dare atto che l'intervento di cui sopra prevede il seguente quadro economico finanziario: costo complessivo euro 200.000.000,00 di cui euro 190.000.000,00 (95%) a carico dello Stato ed euro 10.000.000,00 (5%) a carico della Regione, ai sensi dell'art.20 della Legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i., in coerenza a quanto previsto dalla D.C.R. n. 280-14649 del 20 giugno 2023;
3. di dare atto che ai sensi della Circolare n. 33 del 31.12.2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze e come dichiarato dal Direttore Generale dell'ASL VCO con nota prot. 7409 del 02/02/2024, acquisita al protocollo regionale al n. 2853 in pari data, 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 ed è garantito, pertanto, il rispetto dell'assenza del doppio finanziamento;
4. di dare atto che la quota statale pari al 95% dell'intervento sopra citato, per un totale di € 190.000.000,00, trova capienza nei fondi residui di cui ai precedenti finanziamenti derivanti dall'art. 20 della legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i., e che la copertura economica è garantita a partire dalla delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019 (€ 132.490.017,10), a cui si aggiungono risorse di cui all'art. 1 cc. 442 e 443 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 - Legge di bilancio 2021 (€ 57.509.982,90);
5. di dare atto che l'assunzione delle obbligazioni giuridiche conseguenti al presente provvedimento è subordinata all'approvazione da parte del Ministero della Salute del Decreto di ammissione a 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 destinare con successivo provvedimento a seguito di opportuna programmazione la quota pari allo 0,5 per cento dello stanziamento di cui al comma 442 dell'art. 1 della legge n. 178 del 30 dicembre 2020 (Legge di bilancio 2021) a favore dell'acquisto di dispositivi e applicativi informatici per l'applicazione della telemedicina, come stabilito dal comma 444 del medesimo art. 1 della L. 178/2020.
7. che il presente provvedimento per la quota di cofinanziamento regionale, nella misura del 5% dell'intervento, per un totale di € 10.000.000,00 che può essere utilizzata dall'ASL VCO per l'avvio della progettazione, trova copertura negli stanziamenti di bilancio regionale del capitolo 247536 (Missione 13 Programma 5) secondo il seguente schema:
 - esercizio 2025 euro 4.000.000,00
 - esercizio 2026 euro 6.000.000,00
8. che il presente provvedimento non comporta effetti prospettici sulla gestione finanziaria,

economica e patrimoniale della Regione Piemonte, in quanto gli oneri derivanti dal presente provvedimento, per l'importo pari ad euro 10.000.000,00, sono esclusivamente quelli sopra riportati.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale 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-228-2024-All_1-Documento_Programmatico_VCO.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**

**ASL VCO – RISTRUTTURAZIONE DEGLI ATTUALI
PRESIDI OSPEDALIERI DI PRIMO LIVELLO
“CASTELLI” DI VERBANIA E “SAN BIAGIO” DI DOMODOSSOLA**

DATA: SETTEMBRE 2024

INDICE

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA.....	5
0.a Identificazione dell'Accordo	5
0.b Quadro finanziario.....	7
0.c Definizione degli obiettivi dell'A.d.P.....	10
0.d Sintesi della coerenza interna	13
0.e Sintesi delle coerenze esterne.....	28
0.f Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale.....	31
1. ANALISI SOCIO-SANITARIA ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	35
1.a Il contesto internazionale e nazionale.....	35
1.b La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono	36
1.b.1 Quadro demografico	37
1.b.2 Quadro epidemiologico.....	39
1.b.3. Quadro socio-economico	41
1.b.3.bis Situazione demografica e epidemiologica ASL VCO	48
1.b.4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso.....	50
1.b.5. Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale).....	52
1.b.6 Offerta ante operam	53
1.b.7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale.....	70
1.c Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati	78
1.c.1. Identificazione dei bisogni assistenziali.....	78
1.c.2 Descrizione della strategia	78
2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	79
2.a Obiettivi del Programma	79
2.a.1 Analisi dei problemi e priorità	79
2.a.2 La catena degli obiettivi.....	80
2.a.3 Interventi progettuali	81
2.a.4 Quadro economico finanziario dell'intervento	82
2.a.5 Offerta post-operam.....	82
2.b Coerenza interna della strategia	82
2.b.1 Relazione e complementarietà tra le priorità	82
2.b.2. Analisi dei rischi	83
3. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE	85
3.a. Coerenza con la programmazione settoriale e intersettoriale	85

3.a.1.Coerenza con le priorità nazionali e regionali della nuova Programmazione europea 2021/2027	85
3.a.2 Coerenza con gli strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale	87
3.b Sostenibilità degli interventi	87
3.b.1 Analisi delle condizioni generali	87
3.b.2 Sostenibilità economica e finanziaria dell'intervento	88
3.b.3 Fattibilità amministrativa e gestionale.....	88
3.b.4 Sostenibilità di risorse umane	88
3.b.5 Sostenibilità ambientale.....	89
3.b.6 Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche.....	90
4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI.....	90
4.a Sistema di indicatori	90
4.a.1 Indicatori di contesto.....	91
4.a.2 Indicatori di Programma.....	91
4.a.3 Indicatori di Efficacia ed Efficienza	92
4.a.4 Definizione del sistema di indicatori	94
4.a.5 Fonti di verifica	95
4.b Impatti del Programma	95
4.b.1 Accettabilità sociale del Programma.....	95
4.b.2 Valore aggiunto del programma	95
4.b.3 Health Technology Assessment	95
5. SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	96
5.a Presupposti e sistemi di gestione del programma	96
5.a.1 Presupposti organizzativi e finanziari	96
5.a.2 Presupposti economici e sociali	96
5.a.3 Modalità realizzative	96
5.b Sistemi di monitoraggio del Programma.....	96
5.c Sistema di monitoraggio degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie	97
5.c.1 Programmazione degli interventi	97
5.c.2 Attuazione e gestione degli interventi finanziati.....	97
5.c.3 Monitoraggio attuazione degli interventi finanziati.....	98

ALLEGATO 1: SCHEDE DI RIFERIMENTO

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

ALLEGATO 2: DOCUMENTI INTEGRATIVI

- Schede tecniche

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

0.a Identificazione dell'Accordo

Con l'approvazione del programma di investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di un Accordo di Programma (anno 2008) integrativo tra lo Stato e la Regione Piemonte (Deliberazione del Consiglio regionale n. 131-23049 in data 19 giugno 2007) la Regione Piemonte ha inteso delineare un programma razionale e organico che preveda di:

- organizzare la rete sanitaria sul territorio regionale per livelli di competenza;
- pianificare le azioni per l'ammodernamento infrastrutturale e tecnologico;
- migliorare l'umanizzazione dei servizi sotto il profilo della qualità delle strutture, delle relazioni con il cittadino/paziente, dell'efficacia delle prestazioni e della competenza professionale.

Attraverso il 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;
- in data 17 novembre 2022 dell'Accordo di Programma integrativo per l'aggiornamento del Piano finanziario e del quadro economico per la realizzazione della Città della Salute e della Scienza di Novara;
- in data 21 novembre 2023 dell'Accordo di Programma integrativo riguardante la "Realizzazione dell'Ospedale di Comunità e della Casa della Comunità di Alba" e "Realizzazione dell'Ospedale di Comunità e della Casa della Comunità di Bra";
- nella stessa data 21 novembre 2023 dell'Accordo di Programma integrativo riguardante la "Realizzazione nuovo padiglione e interventi di riordino ed adeguamento normativo Ospedale Borgomanero ASL NO";
- in data 15 aprile 2024 dell'Accordo di Programma integrativo riguardante la "Realizzazione nuovo Blocco di Emergenza/Urgenza del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli".

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 semintensiva 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, è 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.

Negli ultimi anni la programmazione ha contemplato un nuovo modo di concepire la rete ospedaliera rinnovata, moderna, tecnologicamente avanzata caratterizzata da elementi di sicurezza e qualità, dalla presenza di centri di eccellenza e di una rete di strutture territoriali capaci di intercettare la domanda sanitaria, ed una forte enfasi sulla prevenzione, in una logica finalizzata alla riduzione dell'impiego di risorse in capo di strutture obsolete e superate, senza trascurare l'esigenza di intervenire in modo deciso per la "messa a norma" dei presidi ospedalieri e delle strutture territoriali ed il necessario potenziamento ed ammodernamento delle dotazioni tecnologiche.

Il Piemonte ha ritenuto fondamentale promuovere e tutelare il diritto alla salute e di organizzare gli strumenti atti a tale tutela, con le DGR 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. e la DGR 26-1653 del 26/29/06/2015 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016, descrivendo le strategie di riordino della rete ospedaliera e della rete delle strutture 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.

L'organizzazione delle reti prevede, accanto agli ospedali, centri altamente qualificati e geograficamente dislocati in pochi punti strategici. L'integrazione in rete consente di fornire servizi più graditi e appropriati e un utilizzo più efficiente delle risorse.

A garanzia della continuità ospedale territorio, con il Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 sono stati definiti gli standard ospedalieri prevedendo la disponibilità di strutture intermedie, programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti clinici, centri di comunità/poliambulatori, strutture di ricovero nel territorio gestite anche da medici di medicina generale.

La Regione Piemonte, negli anni, ha dato corso a varie riforme con il fine di garantire gli obiettivi riguardanti la salvaguardia della salute dei cittadini, sempre rifacendosi ai principi organizzativi fondamentali per la programmazione sanitaria ossia:

- centralità della persona, riconoscimento del diritto alla salute del singolo e dei doveri del programmatore e degli operatori del settore;
- responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, esercitata garantendo i LEA su tutto il territorio;
- collaborazione con gli altri livelli di governo, nel rispetto degli ambiti di competenza valorizzazione delle professionalità, anche nell'ottica del miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni;
- integrazione socio-sanitaria, ovvero una collaborazione tra la sfera sanitaria e quella sociale che si concretizza in percorsi assistenziali condivisi.

Con la D.G.R. n. 1-7297 del 25/07/2023 è stata attuata una ricognizione degli investimenti già programmati a livello regionale in edilizia sanitaria e sono state individuate le risorse ancora a disposizione della Regione Piemonte per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di nuovi accordi di programma tra Stato e Regione, ai sensi dell'art. 20 della L. 67/88. Una parte di queste risorse statali è stata programmata, così come stabilito con D.C.R. 280-14649 del 20/06/2023, per gli interventi di ristrutturazione degli attuali presidi ospedalieri di primo livello "Castelli" di Verbania e "San Biagio" di Domodossola, al fine di addivenire alla sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma integrativo Stato-Regione.

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 anche a interventi non contenuti nel nuovo Accordo integrativo 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 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.

Successivamente, a seguito della gara per la progettazione, costruzione e gestione della CSS di Novara 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 il finanziamento della CSS di Novara. L'Accordo approva un nuovo quadro finanziario che, rispetto al precedente, 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 delle risorse del finanziamento regionale per euro 4.700.050,14.

In data 24/02/2023 l'AOU Maggiore della Carità di Novara con Delibera n. 137 ha indetto una procedura di gara aperta ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 50/2016 per l'affidamento della concessione di costruzione e gestione della Città della Salute e della Scienza di Novara, con ricorso alla finanza di progetto ai sensi dell'art. 183, D.Lgs. n. 50/2016 (project financing). In data 29/12/2023, con Deliberazione n. 1017, la stessa AOU ha evidenziato che a seguito della

pubblicazione della procedura di gara in oggetto, numerosi Operatori Economici hanno inoltrato quesiti e richieste di chiarimenti di ordine tecnico; in considerazione della complessità dell'intervento sia in ordine agli elaborati progettuali sia in ordine al quadro economico del PFTE ed al PEF posto a base di gara, ha ritenuto necessario porre in essere i dovuti approfondimenti sulla documentazione, anche al fine di garantire la più ampia partecipazione possibile agli interessati, nonché sospendere in via temporanea la procedura di gara.

In esito alle risultanze degli approfondimenti effettuati da parte della stazione appaltante sul Progetto di Fattibilità Economico Finanziaria posto a base di gara, con delibera del Direttore Generale n. 164 del 29/02/2024 sono stati approvati il nuovo Quadro Economico e il nuovo Calcolo Estimativo dell'intervento relativo alla realizzazione della Città della Salute e della Scienza di Novara, che prevedono una spesa complessiva pari ad Euro 530.022.807,48. Dell'aggiornamento del quadro economico dell'opera è stato preso atto con Deliberazione di Consiglio regionale n. 327-7297 del 19 marzo 2024. Il nuovo piano finanziario prevede che solo la quota a carico dei privati sia aumentata, lasciando inalterate le quote a carico dello Stato e della Regione di cui all'Accordo di Programma integrativo sottoscritto in data 17/11/2022.

In data 21 novembre 2023 sono stati sottoscritti due nuovi Accordi di Programma integrativi tra la Regione Piemonte e il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano:

- un Accordo di Programma integrativo riguarda la "Realizzazione dell'Ospedale di Comunità e della Casa della Comunità di Alba" e la "Realizzazione dell'Ospedale di Comunità e della Casa della Comunità di Bra", per un finanziamento totale pari ad € 46.452.375,00 di cui € 44.129.756,25 a carico dello Stato (derivanti da Deliberazione CIPE del 02/08/2002 - n. 65 - III fase e Deliberazione CIPE n. 97 del 18/12/2008 - riparto risorse Finanziaria 2008) ed € 2.322.618,75 a carico della Regione;
- un Accordo di Programma integrativo riguarda la "Realizzazione nuovo padiglione e interventi di riordino e adeguamento normativo Ospedale di Borgomanero – ASL NO", per un finanziamento totale pari a € 26.500.000,00 di cui € 25.175.000,00 a carico dello Stato (derivanti da Deliberazione CIPE n. 97 del 18/12/2008 - riparto risorse Finanziaria 2008) ed € 1.325.000,00 a carico della Regione.

In data 15 aprile 2024 è stato infine sottoscritto un nuovo Accordo di Programma integrativo tra la Regione Piemonte e il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano per l'intervento denominato "Realizzazione nuovo Blocco di Emergenza/Urgenza del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli", per un finanziamento totale pari a € 53.500.000,00 di cui € 50.825.000,00 a carico dello Stato (derivanti da Deliberazione CIPE n. 97 del 18/12/2008 - riparto risorse Finanziaria 2008) ed € 2.675.000,00 a carico della Regione.

Sulle risorse statali ex art. 20 L. 67/88 ancora disponibili per la Regione Piemonte e per tutte le regioni d'Italia, è intervenuto in data 2 marzo 2024 il Decreto Legge n. 19 "Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" che ha disposto, all'art. 1 c. 13, che "Gli investimenti destinati alla realizzazione del programma

denominato «Verso un ospedale sicuro e sostenibile», già finanziati a carico del Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), numero 2, del decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, ad esclusione di quelli delle Province autonome di Trento e di Bolzano e della Regione Campania, sono posti a carico del finanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67”.

A tale proposito nel quadro che segue sono state sottratte dalle risorse statali complessive ancora disponibili per la Regione Piemonte alla data odierna tali somme.

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

	Risorse	Importi
a	Risorse residue Delibera CIPE n. 97 del 18 dicembre 2008 G.U. n. 64 del 18 marzo 2009 (finanziaria 2008)	€ 21.624.583,81
b	Risorse residue Delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019 G.U. n. 15 del 20 gennaio 2020	€ 207.193.933,29
c	PNC Verso ospedale sicuro e sostenibile posto a carico dell'articolo 20, L. n. 67/88 ai sensi dell'art. 1, comma 13 del D.L. n. 19 del 02/03/2024 (G.U. 52/2024) <i>ad esclusione delle P.A. Trento e Bolzano e Reg. Campania</i>	€ 96.328.500,00
d=a+b-c	Risorse residue per Accordi di programma da sottoscrivere Delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019 G.U. n. 15 del 20 gennaio 2020 al netto del PNC	€ 132.490.017,10
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 per le sole REGIONI (RIPARTO PANFLU)	€ 237.708.186,00
f	Risorse legge 30 dicembre 2021 n. 234 art. 1 comma 263 Ripartiti con DM 20 luglio 2022	€ 142.614.541,40
g=d+e+f	TOTALE RISORSE A DISPOSIZIONE	€ 512.812.744,50

Per gli interventi oggetto del presente Documento Programmatico, consistenti nella “Ristrutturazione Presidio Ospedaliero Castelli di Verbania” e nella “Ristrutturazione Presidio

Ospedaliero San Biagio di Domodossola”, si rendono necessarie opere che ammontano complessivamente ad euro 200.000.000,00.

TABELLA B			
FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88 – INTERVENTI PREVISTI			
INTERVENTI	IMPORTO STATO (95%)	IMPORTO REGIONE (5%)	TOTALE FINANZIAMENTO ART.20
Ristrutturazione Presidio Ospedaliero Castelli di Verbania (ASL VCO)	€ 95.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 100.000.000,00
Ristrutturazione Presidio Ospedaliero San Biagio di Domodossola (ASL VCO)	€ 95.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 100.000.000,00
IMPORTO COMPLESSIVO	€ 190.000.000,00	€ 10.000.000,00	€ 200.000.000,00

Con l’Accordo di Programma che sarà sottoscritto a seguito del presente Documento Programmatico, si intende utilizzare una quota di finanziamento statale pari ad euro 190.000.000,00 del fondo residuo di cui ai precedenti finanziamenti ex art. 20. La copertura economica è garantita, come si evince dalla precedente Tabella A, a partire dalla delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019 (€ 132.490.017,10), a cui si aggiungono risorse di cui all’art. 1 cc. 442 e 443 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 - Legge di bilancio 2021 (€ 57.509.982,90).

In ottemperanza all’art. 1 comma 444 della legge n. 178/2020, la quota pari allo 0,5 per cento delle risorse assegnate con art. 1 c. 442 L. 178/2020 sarà ricompresa da questa Regione nelle successive proposte di Accordo di programma che verranno presentate a valere sulle risorse residue stanziare dall’art. 1 comma 442 della legge n. 178/2020 stesso.

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, che la Regione Piemonte, attraverso le proprie Aziende Sanitarie, ha investito dal 2022 ad oggi circa 80 milioni di euro per l’ammodernamento tecnologico delle grandi apparecchiature sanitarie, utilizzando risorse PNRR e del bilancio regionale.

A seguito della completa ristrutturazione dei presidi verranno utilizzate le apparecchiature di recente acquisto derivanti dai presidi sostituiti, oppure si prevederanno nuovi acquisti con fondi aziendali/regionali/di diversa natura che verranno individuati all’uopo.

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

L’oggetto è la completa ristrutturazione, per fasi, dei presidi ospedalieri “San Biagio” di Domodossola e “Castelli” di Verbania e lo sviluppo della risposta sanitaria del territorio con due presidi ospedalieri di primo livello, in base al Decreto Ministeriale 70/2015, con caratterizzazione differenziata ed integrata per complessivi 300 posti letto, 150 per ciascun presidio, con costruzioni edilizie che rimangono nel perimetro attuale dei lotti ospedalieri senza consumo di suolo aggiuntivo.

Interventi previsti:

La rete ospedaliera del Verbano-Cusio-Ossola attualmente presenta due Presidi Ospedalieri che richiedono interventi strutturali significativi a causa di criticità funzionali ed obsolescenza. Le sovrapposizioni strutturali e funzionali plurime hanno generato problematiche strutturali di una progettazione frammentata e oggi non più adeguata alle esigenze derivanti dalla vigente normativa, quali la adeguatezza sismica, le protezioni antincendio, la differenziazione dei percorsi, l'adeguamento per l'umanizzazione, lo sviluppo di nuovi *setting* assistenziali, nonché, non ultimo, l'adeguamento della gestione di eventi derivanti da situazioni di criticità epidemiologica come nel recente periodo.

Il recupero degli immobili esistenti risulta complesso e molto oneroso con riferimento agli attuali standard normativi e scientifici, e in ogni caso con risultati non completamente soddisfacenti. Pertanto si è optato di proporre una ristrutturazione globale di entrambi i P.O.

Trattasi di realizzazione di un percorso di completa ristrutturazione degli edifici ospedalieri esistenti nel sito attuale, con garanzia di riprogettazione e rifunzionalizzazione completa dei percorsi dei pazienti e delle attività, con garanzia altresì della cosiddetta "*business continuity*" anche in corso di operatività dei cantieri, senza consumo di suolo e senza interferenza alcuna con attività di terzi in quanto le strutture insistono su terreni di proprietà e disponibilità dell'Azienda Sanitaria. Al termine dell'intervento si ritiene di restituire un sito ospedaliero (DEA plurisede) ordinato e funzionalmente riprogettato, con aumento degli spazi di parcheggio interrato, recupero e messa a disposizione delle aree verdi e recupero conservativo degli edifici storici incidenti sulle aree, in linea con i principi di DNSH europei.

Nel caso del Presidio Ospedaliero di Domodossola, emergono diverse problematiche, tra cui la limitata disponibilità di posti letto, la dispersione delle aree ambulatoriali nel presidio con una loro insufficiente dimensione, la mancanza di percorsi separati per diversi utilizzi, la carenza di spazi per l'umanizzazione, in particolare per quanto riguarda il DEA (Pronto Soccorso) e la Radiologia. Da un punto di vista strutturale, il Presidio Ospedaliero, costruzione a padiglioni sviluppata a partire dagli anni '70 con successive integrazioni e rifacimenti per l'adeguamento all'evoluzione della medicina ospedaliera, ha subito alcuni ammodernamenti nel corso degli anni, ma non rispetta gli attuali standard antisismici, poiché è una struttura di vecchia costruzione situata in una zona sismica di grado III. Inoltre, sono necessari consistenti investimenti per ottenere il Certificato di Prevenzione Incendi (C.P.I.) dai Vigili del Fuoco, soprattutto per quanto concerne le misure antincendio. Dal lato tecnologico, è evidente la necessità di una revisione completa di tutti gli apparati ospedalieri per garantire prestazioni ottimali e conformità agli standard moderni.

Il Plesso Ospedaliero di Verbania presenta una carenza di posti letto, aree ambulatoriali insufficienti e disomogeneamente distribuite, percorsi non chiaramente separati per le diverse utilizzazioni, mancanza di spazi per l'umanizzazione, difficoltà di collegamento tra le diverse aree e insufficienza di spazi destinati al Laboratorio Analisi e alla Radiologia. Pur avendo subito interventi di ammodernamento nel corso degli anni, la struttura attuale non è conforme alle normative antisismiche, essendo di costruzione datata e ubicata in zona IV. Inoltre, sono necessari consistenti investimenti per ottenere il Certificato di Prevenzione Incendi (C.P.I.) dei

Vigili del Fuoco, mentre dal punto di vista tecnologico si rende indispensabile una revisione totale degli apparati medico-sanitari.

Il percorso progettuale comprende la completa ristrutturazione degli edifici ospedalieri esistenti attraverso la progressiva demolizione e ricostruzione in corpi tra loro connessi che permettono una suddivisione ottimale delle attività ed una flessibilità modulare come da indirizzi normativi per i nuovi Presidi Ospedalieri.

In tal modo si consente il mantenimento della *“business continuity”* anche in corso di operatività dei cantieri, senza consumo di suolo e senza interferenza alcuna con attività di terzi in quanto le strutture insistono su terreni di proprietà e disponibilità di ASL VCO.

Entrambi gli interventi vengono proposti per fasi successive come descritto nelle relazioni specifiche di cui al progetto di prefattibilità.

Al termine lavori le strutture avranno una superficie lorda di circa 30.000 mq e una dotazione di 150 posti letto di degenza per ciascun presidio, cui si aggiungono posti letto tecnici per tutte le attività di supporto.

Gli edifici storici esistenti, in quanto soggetti a vincolo, verranno mantenuti e ristrutturati ad uso complementare alle attività ospedaliere.

L'intero sito in entrambi i casi verrà riqualificato anche con la realizzazione di un giardino urbano. Nelle aree sotterranee verranno realizzate ampie aree di parcheggio.

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 e dell'antincendio;
- S4. Ristrutturazione con completo rifacimento 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 ristrutturazione globale;

O.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 sovranazionali;
	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

	<p>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;</p> <p>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;</p> <p>D.G.R. n. 1-5911 del 14.11.2017 approvazione del Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l’ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del Servizio Sanitario della Regione Piemonte – aggiornamento 2017 “Realizzazione Nuova Città della Salute e della Scienza di Novara” - Art.20 L.67/88;</p> <p>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;</p> <p>D.G.R. n. 3-5999 del 29.11.2017 è stata rettificata la D.G.R.n.1-5911 del 11.2017 e riapprovato il Documento Programmatico;</p> <p>D.G.R. n. 1-5997 del 29.11.2017, Rettifica per mero errore materiale dell’allegato alla DGR 2-5912 del 14.11.2017</p> <p>D.G.R. n. 3-6109 del 15.11.2017, Approvazione del Protocollo d’Intesa, ai sensi dell’articolo 15 della legge 241/1990 e s.m.i., tra la regione Piemonte e il Politecnico di Torino per l’approfondimento scientifico di alcune tematiche relative al Parco della Salute, della Ricerca e dell’Innovazione di Torino;</p> <p>D.C.R. n. 259-4501 del 30.01.2018, Modifiche ed integrazioni alle deliberazioni del Consiglio regionale n.10-20273 del 28 giugno 2005 e n.131-23049 del 9 giugno 2007. Progetto finalizzato agli interventi di riqualificazione di assistenza sanitaria nella città di Torino ai sensi dell’articolo 71 della legge 448/1998. adeguamento e rideterminazione degli interventi in applicazione del decreto del Ministero della sanità del 5 aprile;</p> <p>D.C.R. n. 199-3824 del 22.02.2022, 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.</p> <p>D.G.R. n. 17.4952 del 29.04.2022, D.C.R. 22 febbraio 2022 n. 199-3824. Ripartizione alle Aziende Sanitarie Locali delle risorse di cui al Decreto Ministero Salute 20 gennaio 2022 per la realizzazione delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali. Missione 6 Componente 1.</p> <p>Decreto 23 maggio 2022 n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”.</p> <p>D.G.R. n. 25-5186 del 14.06.2022 “PNRR Missione 6 Salute Ripartizione ai sensi dell’art.5. comma 1 del contratto istituzionale di sviluppo (CIS), delle attività per l’attuazione del PNRR e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), alle Aziende sanitarie regionali, in qualità di soggetti attuatori esterni delegati. Riparto agli Enti del SSR delle risorse del PNRR e PNC</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>per complessivi Euro 524.744.995,00”.</p> <p>D.G.R. n. 23-5124 “PNRR Missione 6 “Salute”. Approvazione Schema del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS).”</p> <p>D.G.R. n. 6-4630 del 11.02.2022 “Approvazione Programma di Investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all’ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.2. 1.1.2.”</p> <p>D.C.R. n. 257 – 25346 del 20.12.2022, 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”.</p> <p>D.P.G.R. n. 32 del 01.04.2018, Accordo di Programma sottoscritto in data 2 marzo 2016, ai sensi dell’art.34 del D.Lgs. 296/200 e s.m.i. tra la Regione Piemonte, il Comune di Novara e l’Università degli studi del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro” finalizzato alla realizzazione della città della Salute e della Scienza di Novara;</p> <p>DGR 11 marzo 2024, n. 7-8279 Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell’art. 2, comma 2, d.lgs n. 171/2016 e s.m.i. e dell’art. 1, comma 865, l. n. 145/2018, degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all’attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l’anno 2024</p>
<p>Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale</p>	<p>D.C.R n. 286-18810 del 8.05.2018, rete ospedaliera regionale. programma di interventi in edilizia sanitaria;</p> <p>D.G.R. n. 73-46441 del 05.06.95, D.G.R. 299-7789 del 03.04.96, Criteri di utilizzo degli ospedali con meno di 120 posti letto;</p> <p>D.G.R. n. 27-26318 del 21.12.98, Linee guida per l’individuazione dei distretti e dei dipartimenti, definizione dei parametri organizzativi dell’assistenza ospedaliera e dei rapporti con la Regione;</p> <p>D.G.R. n. 32-29522 del 01.03.00, Definizione del bacino d’utenza per la nascita di nuove strutture;</p> <p>D.G.R. n. 50-1391 del 20.11.00, Definizione della rete oncologica regionale;</p> <p>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;</p> <p>D.G.R. n. 32-4991 del 22.12.06, Riduzione del numero complessivo delle Aziende Sanitarie;</p> <p>D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.06, Individuazione (accorpamento) delle aziende del sistema Sanitario Regionale;</p> <p>D.G.R. n. 71-5059 del 28.12.06, Modalità di organizzazione dei day surgery e day hospital diagnostico;</p> <p>D.G.R. n. 10-5605 del 02.04.07, Riorganizzazione della rete riabilitativa;</p> <p>D.G.R. n. 5-5900 del 21.05.07, Piano Sangue e Plasma Regionale;</p> <p>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;</p> <p>D.G.R. n. 13-1826 del 07.04.2011, Attuazione Piano di Rientro. Revisione dei</p>

	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 Appropriata 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;
	D.C.R. 193 - 974 del 18.01.2022, Prima programmazione di indirizzo di carattere strategico generale di investimenti in edilizia sanitaria per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri.

D.G.R. n. 21-6661 del 27.03.2023 e D.G.R. n. 42 - 6897 del 15.05.2023, Interventi di riordino ed adeguamento normativo del Presidio Ospedaliero di Borgomanero - Approvazione della proposta di Documento Programmatico per l'acquisizione del parere del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Min. Salute ai fini del finanz. ai sensi dell'art.20 L. 67 del 11.3.1988 e s.m.i.
D.G.R. n. 22-6662 del 27.03.2023 e D.G.R. n. 14 - 6871 del 15.05.2023, Riqualificazione e riuso degli ex Ospedali di Alba e Bra (CN) con realizzazione di Ospedali di Comunità e Case della Comunità. Approv. della proposta di Docum. Program. per l'acquisizione del parere del Nucleo di valutazione e verifica degli investim. pubblici del Min. Salute ai fini del finanz. art. 20 L.67/88 e smi.
D.C.R. n. 271 –9277 del 04.04.2023, Sostituzione dell'allegato 3 'Scheda nuovo ospedale unico dell'ASL TO5' alla deliberazione del Consiglio regionale 8 maggio 2018, n. 286-18810 (Rete ospedaliera regionale. Programma di interventi in edilizia sanitaria) e integrazione alla deliberazione del Consiglio regionale 18 gennaio 2022, n. 193-974 (Prima programmazione di indirizzo di carattere strategico generale di investimenti in edilizia sanitaria per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri).
D.G.R. n. 34 - 6762 del 17.04.2023, Approvazione schema tipo di accordo quadro ex art. 15 L. 241/90 tra Regione Piemonte, Azienda Sanitaria Zero Regione Piemonte e Politecnico di Torino per attività di ricerca, trasferimento tecnologico e formazione riguardante l'edilizia sanitaria per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri o la riqualificazione delle strutture esistenti.
D.G.R. n. 18 - 7021 del 12.06.2023, Cooperazione a fini istituzionali tra la Regione Piemonte e la Cassa Depositi e Prestiti S.p.A. finalizzata alla realizzazione di progetti di edilizia sanitaria. Approvazione schema di protocollo d'intesa.
D.C.R. n. 280-14649 del 21.06.2023, Riqualificazione della rete ospedaliera dell'Azienda sanitaria locale del Verbano Cusio Ossola. Modifica della scheda allegata alla deliberazione del Consiglio regionale 8 maggio 2018, n. 286-18810, ai fini della ristrutturazione degli attuali presidi ospedalieri di primo livello di Verbania e Domodossola.
D.G.R. n. 22-7271 del 24.07.2023, 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.
D.G.R. n. 1-7297 del 25.07.2023, Approvazione della ricognizione degli investimenti già programmati a livello regionale in edilizia sanitaria, tra cui gli investimenti da finanziarsi con fondi dello Stato ex art. 20 della L.67/88 per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di nuovi accordi di programma tra Stato e Regione.
D.C.R. n. 293-17929 del 01.08.2023, Realizzazione del nuovo ospedale dell'Azienda sanitaria locale TO 4 – ambito eporediese. Individuazione del sito.

	D.C.R. n. 294-17930 del 01.08.2023, Realizzazione del nuovo ospedale dell'Azienda ospedaliera di Alessandria. Individuazione del sito.
	D.G.R. n. 8-7461 del 25.09.2023, Riqualificazione e riuso degli ex Ospedali di Alba e Bra (CN) con realizzazione di Ospedali di Comunità e Case della Comunità. Approvazione dello schema di articolato contrattuale dell'Accordo di Programma tra il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Piemonte, ai fini del finanziamento ex art. 20 L. 67/88 e s.m.i.
	D.G.R. n. 9-7462 del 25.09.2023, Interventi di riordino e adeguamento normativo del Presidio Ospedaliero di Borgomanero (NO). Approvazione dello schema di articolato contrattuale dell'Accordo di Programma tra il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Piemonte, ai fini del finanziamento ex art. 20 L. 67/88 e s.m.i.
	D.C.R. n. 259 - 4501 del 30 gennaio 2018 ad oggetto "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 2001"
	D.G.R. n. 20 - 3845 del 2 luglio 2021 avente ad oggetto "Ridefinizione della ripartizione del finanziamento regionale e della relativa quota del finanziamento statale degli interventi in edilizia sanitaria ai sensi dell'art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448. Revoca parziale della D.G.R. n. 80-6185 del 15 dicembre 2017"
	D.G.R. n. 9 - 6418 del 16 gennaio 2023 avente ad oggetto: "Preso atto della proposta di rimodulazione presentata al Min. della Salute, Dir. Gen. Progr. Sanitaria, per l'utilizzo delle risorse residue a valere sul fin. di cui all'art. 71 L. 448/98 per realizzazione di int. urgenti e prioritari per mantenimento in sicurezza dei P.O. dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di TO pari a Euro 31.952.010,00. Spesa di euro 1.640.104,00 per adeguamenti improcrastinabili"
	D.G.R. n. 20 - 6514 del 13/02/2023 "Ridefinizione della ripartizione del finanziamento regionale e relativa quota del finanziamento statale degli interventi in edilizia sanitaria ai sensi dell'art. 71 della L. 23/12/1998, n. 448, per un totale di euro 45.352.010,00 di cui alla tabella allegata alla D.G.R. n. 20-3845 del 02/07/2021 da attribuire a interventi di edilizia sanitaria urgenti ed improcrastinabili e revoca intervento n. 9 della medesima D.G.R"
	D.G.R. n. 22 - 6703 del 4 aprile 2023 avente ad oggetto "Modifica D.G.R. n. 20-6514 del 13/02/2023 per approvazione proposta rimodulazione da parte del Min. della Salute di ridefinizione della ripartiz. del fin. regionale e relativa quota del fin. statale interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'art.71 della L. n.448/1998, per un totale di euro 45.348.110,00 di cui alla tabella allegata alla D.G.R. n.20-3845 del 02.07.2021 da attrib. a inter. urgenti improcrastinabili."
	D.G.R. n. 45-7758 del 20.11.2023, Finanziamento della progettazione di nuove strutture ospedaliere ai sensi della Legge regionale 29 settembre 2023, n. 21. Approvazione quadro complessivo finanziario e indirizzi per l'assunzione di un mutuo per importo non superiore a euro 42.000.000,00.
Accreditamento, qualità,	D.G.R. n. 156-21885 del 06.08. 97, Accreditamento provvisorio delle Case di Cura private;

<p>appropriatezza</p>	<p>D.C.R. n. 616-3149 del 22.02.00, Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie;</p> <p>D.G.R. n. 11-4878 del 21.12.01, Degenza media e il tasso di utilizzo dei posti letto richiesto alle Aziende sanitarie;</p> <p>D.G.R. n. 14-10073 del 28.07.03, Piano attuativo Regionale per il governo delle liste d'attesa, definizione del sistema di priorità cliniche;</p> <p>D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.07, Definizione dei tempi d'attesa;</p> <p>D.G.R. n. 13-1439 del 28.01.2011, Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3', 2' e 1' livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria;</p> <p>D.G.R. n. 13-2022 del 05/08/2015, Approvazione degli schemi di contratto/accordo contrattuale per il triennio 2014-2016 da stipulare ex art. 8 quinquies D. lgs. n. 502/1992 con le Case di cura private ed i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78;</p> <p>D.G.R. n. 32-2366 del 2/11/2015, Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie;</p> <p>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;</p> <p>DGR 14 aprile 2022, n. 4-4878 Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso.</p>
<p>Piano di rientro</p>	<p>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;</p> <p>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;</p> <p>D.G.R. n. 43-1979 del 29.04.2011, Attuazione Piano di Rientro. Assistenza Integrativa - Protesica. Linee di indirizzo;</p> <p>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;</p> <p>D.G.R. n. 45-1981 del 29.04.2011, Attuazione Piano di rientro. La rete territoriale;</p> <p>D.G.R. n. 46-1982 del 29.04.2011, Attuazione Piano di rientro. Decisioni in merito alla revisione del sistema di Continuità Assistenziale;</p> <p>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;</p>

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 inappropriatezza;
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;
D.G.R. n. 13-1826 del 07.04.2011, Attuazione Piano di Rientro. Revisione dei

	<p>requisiti strutturali ed organizzativi e ridefinizione della rete dei laboratori di emodinamica e revoca D.G.R. n. 47 - 8608 del 14.4.2008;</p> <p>D.G.R. n. 15-1828 del 07.04.2011, Attuazione del Piano di Rientro Appropriata 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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>D.G.R. n. 1- 4117 del 05.07.2012, Programma attuativo dell'addendum al piano di rientro. Percorso di ridefinizione della rete ospedaliera;</p>
Implementazione sistemi ICT e telemedicina	<p>D.G.R. n. 34-3555 del 02.08.06, Riordino del sistema informativo regionale;</p> <p>D.G.R., n. 17-4010 del 03.10.2016 Recepimento del "Protocollo d' intesa tra la Regione Piemonte e le OOSS dei medici pediatri di libera scelta avente ad oggetto gli adempimenti previsti dal DM 2 novembre 2011 per la realizzazione del Progetto Ricetta Dematerializzata";</p> <p>D.G.R. n. 18-4011 del 3.10.2016, Recepimento del "Protocollo d' intesa tra la Regione Piemonte e le OOSS dei medici di medicina generale avente ad oggetto gli adempimenti previsti dal DM 2 novembre 2011 per la realizzazione del Progetto Ricetta Dematerializzata";</p> <p>D.G.R., n. 19-4900 del 20.04.2017 POR FESR 2014-20 - Asse II. Ob.vo specifico II.2c.2. Azione II.2c.2.1 "Soluzioni tecnologiche per la digitalizzazione e l'innovazione dei processi interni dei vari ambiti della P.A. nel quadro del Sistema pubblico di connettività, quali ad es. la giustizia, la sanità, il turismo, le attività e i beni culturali, i servizi alle imprese". Approvazione di quattro schede tecniche di misura;</p> <p>D.G.R. n. 27-6517 del 23.02. 2018, Attuazione del Piano Triennale per l'informatica nella P.A. 2017-2019 e degli adempimenti in materia di Sanità digitale. Linee di indirizzo della sanità digitale Piemontese - Progetti regionali 2018-2020;</p> <p>D.G.R. n. 23-6689 del 29.03.2018, Decreto Ministeriale 11.12.2009 "Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del sistema Tessera sanitaria". – validità attestazioni di esenzione rilasciati dalle AA.SS.LL. – anno 2018;</p> <p>D.G.R. n. 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;</p> <p>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</p>

	<p>e del consolidato sanitario regionale. Disposizioni;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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";</p> <p>DGR 6 novembre 2023, n. 20-7658 Approvazione del modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di Telemedicina della Regione Piemonte</p>
Investimenti in sanità	<p>D.C.R. n. 131-23049 del 19.06.07, Programma degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di un nuovo accordo di programma tra Stato e Regione;</p> <p>D.G.R. n. 86-6713 del 03.08.2007, Assegnazione di fondo alle A.S.R. Approvazione elenco "Urgenze 2007" relative ad interventi in edilizia ed attrezzature sanitarie per € 27.205.828,45;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>D.G.R. n. 9-11837 del 28.07.2009, Interventi di edilizia sanitaria. Provvedimenti urgenti;</p> <p>D.G.R. n. 96-12017 del 04.08.2009, Interventi di edilizia sanitaria: provvedimenti urgenti;</p>

	D.G.R. n. 56-12585 del 16.11.2009, Accordo di Programma Stato Regioni del 22 aprile 2008. Azienda Ospedaliera "S. 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,

<p>sottoscritto in data 16 maggio 2013 Integrazione D.G.R. n. 21-5961/2013;</p> <p>D.G.R. n. 58-2757 del 29.12.2015, Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di T D.G.R. n. 2-3900 del 08.09.2016, programma di investimenti ex art.20 Legge n.67788-Adeguamento alla normativa antincendio. Risorse assegnate con delibera CIPE n. 16 dell'8 marzo 2013. riparto a favore delle Aziende Sanitarie Regionali di complessivi € 7.119.668,28; orino- definizione del Cofinanziamento;</p> <p>D.G.R., n. 17-4010 del 03.10.2016 Recepimento del "Protocollo d' intesa tra la Regione Piemonte e le OOSS dei medici pediatri di libera scelta avente ad oggetto gli adempimenti previsti dal DM 2 novembre 2011 per la realizzazione del Progetto Ricetta Dematerializzata";</p> <p>D.G.R. n. 18-4011 del 3.10.2016, Recepimento del "Protocollo d' intesa tra la Regione Piemonte e le OOSS dei medici di medicina generale avente ad oggetto gli adempimenti previsti dal DM 2 novembre 2011 per la realizzazione del Progetto Ricetta Dematerializzata";</p> <p>D.G.R. n. 27-4665 del 13.02.2017 Programma investimenti ex art. 20 legge 67/88 adeguamento alla normativa antincendio risorse assegnate con Delibera CIPE 16 dell'8 marzo 2013. Riparto a favore delle Aziende Sanitarie Regionali di complessivi € 7.119.668,28 – Integrazione D.G.R. n.2-3900 del 08.09.2016;</p> <p>D.G.R., n. 19-4900 del 20.04.2017 POR FESR 2014-20 - Asse II. Ob.vo specifico II.2c.2. Azione II.2c.2.1 "Soluzioni tecnologiche per la digitalizzazione e l'innovazione dei processi interni dei vari ambiti della P.A. nel quadro del Sistema pubblico di connettività, quali ad es. la giustizia, la sanità, il turismo, le attività e i beni culturali, i servizi alle imprese". Approvazione di quattro schede tecniche di misura;</p> <p>D.G.R. n. 27-6517 del 23.02. 2018, Attuazione del Piano Triennale per l'informatica nella P.A. 2017-2019 e degli adempimenti in materia di Sanità digitale. Linee di indirizzo della sanità digitale Piemontese - Progetti regionali 2018-2020;</p> <p>D.G.R. n. 23-6689 del 29.03.2018, Decreto Ministeriale 11.12.2009 "Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del sistema Tessera sanitaria". – validità attestazioni di esenzione rilasciati dalle AA.SS.LL. – anno 2018;</p> <p>D.G.R. n. 41-7098 del 22.06.2018, L. 4.7.2005 n. 123. Erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale di prodotti dietetici per la malattia celiaca - Individuazione dei punti autorizzati all'erogazione, istituzione del buono dematerializzato e ridefinizione dei tetti di spesa. Modifica DGR n. 7-5661 del 10.4.2007;</p> <p>D.G.R., n. 44-7225 del 13.07.2018 Riconoscimento in capo all'ASL 301 - Città di Torino delle funzioni di azienda capofila in ordine all'intero processo di avvio, realizzazione e gestione del centro unico di prenotazione (CUP). Nomina del Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC), dei Direttori Operativi e del Gruppo tecnico regionale;</p> <p>D.G.R. n. 1-192 del 09.08.2019, Ulteriori adempimenti in attuazione del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR). Approvazione "Linee guida in materia di protezione dei dati", corredate dagli elenchi delle minacce per Valutazione di Impatto sulla Protezione dei Dati (DPIA) e delle misure di sicurezza tecniche ed organizzative;</p>

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

	<p>dell'art.5. comma 1 del contratto istituzionale di sviluppo (CIS), delle attività per l'attuazione del PNRR e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), alle Aziende sanitarie regionali, in qualità di soggetti attuatori esterni delegati. Riparto agli Enti del SSR delle risorse del PNRR e PNC per complessivi Euro 524.744.995,00".</p> <p>D.G.R. n. 23-5124 "PNRR Missione 6 "Salute". Approvazione Schema del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)."</p> <p>D.G.R. n. 6-4630 del 11.02.2022 "Approvazione Programma di Investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.2. 1.1.2."</p>
Consistenze organiche, approvvigionamento e gestione dei magazzini	<p>D.G.R. n. 28-3039 de 26.03.2021 l'Approvazione degli indirizzi relativi al protocollo tra la Regione Piemonte, Federfarma Piemonte e Assofarm Piemonte per la campagna di vaccinazione anti Covid-19 nell'ambito sperimentale della "Farmacia dei servizi";</p> <p>D.G.R. n. 62-896 del 25.10.2010, Articolo 1, comma 3 del programma attuativo del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico del SSR. Approvazione delle linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle consistenze organiche del personale e per l'approvvigionamento e la gestione dei magazzini delle Aziende Sanitarie Regionali;</p>
Valutazioni di congruità	<p>D.G.R. n. 17-547 del 22.11.2019 Partenariati Pubblici Privati in ambito sanitario ai sensi della Parte IV del D.Lgs. n.50 del 16.04.2016 Primi indirizzi per le valutazioni di congruità in ordine alla sostenibilità economica e finanziaria e alla coerenza con le politiche di programmazione della Regione Piemonte;</p>
Reti di patologia e Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali	<p>D.G.R. n. 34-8769 del 12.05.08, D.G.R. n. 11-11336 del 04.05.09, D.G.R. n. 38-11960 del 04.08.09, D.G.R. n. 4-9886 del 27.10.08 (percorso nascita);</p> <p>D.G.R. n. 21-10664 del 02.02.09 (percorso ictus cerebrale);</p> <p>D.G.R. n. 16-2317 del 20.11.2020, Aggiornamento linee di indirizzo rete ictus</p> <p>DGR 28 dicembre 2022, n. 31-6377 Approvazione del nuovo Regolamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS), del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) e dei Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA), nell'ambito della Rete Oncologica Piemonte e della Valle d'Aosta e della Rete interregionale di Oncologia ed Oncoematologia pediatrica. Revoca della D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003.</p> <p>D.G.R. 23 luglio 2021, n. 11-3586 "Recepimento dell'Accordo Rep. Atti n. 59/CSR del 17 aprile 2019. Approvazione del nuovo modello organizzativo-funzionale della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta e dello schema di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per lo svolgimento delle attività. Revoca della D.G.R. n. 1-358 del 20.07.2010 e s.m.i. e parziale modifica della D.G.R. n. 12-2887 del 19.02.2021"</p> <p>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.";</p>

	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” DGR 25 settembre 2023, n. 10-7463 Ridefinizione del modello organizzativo funzionale della Rete pediatrica: istituzione del Comitato regionale per l'assistenza pediatrica ed adolescenziale, del Coordinamento operativo della Rete Pediatrica ed individuazione del Coordinatore. Integrazione delle DDGR n. 39- 2835 del 7.11.2011 e n. 121-3856 del 4 agosto 2016.
Revisione dei sistemi	D.G.R. n. 19-13297 del 15.02.10, Linee guida per la gestione dell'emergenza;

di emergenza-urgenza sanitaria	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 marzo 1988 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 marzo 2020, n.18, convertito in Legge 24 aprile 2020, all'interno del V Padiglione di Torino Esposizioni;
	D.G.R. 12 Giugno 2020, n. 7-1492. Emergenza da COVID-19. Approvazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19" da proporre all'approvazione del Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020.
	D.G.R. n. 10-3149 del 30.04.2021, Emergenza COVID-19 Art. 2 del D.L. 34 del 19 maggio 2020. D.G.R. n. 7-1492 del 12.06.2020. Prima rimodulazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19";

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_012_53_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
- D. Lgs. 3 aprile 2006, n. 152 “Norme in materia ambientale”
- L. 9 gennaio 1991, n. 10 e s.m.i. “Norme per l'attuazione del Piano energetico nazionale in materia di uso nazionale dell'energia, di risparmio energetico e di sviluppo delle fonti rinnovabili di energia”;
- D.P.R. 26 agosto 1993, n. 412 e s.m.i. “Regolamento recante norme per la progettazione, l'installazione, l'esercizio e la manutenzione degli impianti termici degli edifici ai fini del contenimento dei consumi di energia, in attuazione dell'art. 4, comma 4, della legge 9 gennaio 1991, n. 10”;
- D. Lgs. 29 dicembre 2003, n. 387 e s.m.i. “Attuazione della direttiva 2001/77/CE relativa alla promozione dell’energia elettrica prodotta da fonti energetiche rinnovabili nel mercato interno dell’elettricità”;
- D. Lgs. 19 agosto 2005, n. 192. “Attuazione della direttiva (UE) 2018/844, che modifica la direttiva 2010/31/UE sulla prestazione energetica nell'edilizia e la direttiva 2012/27/UE sull'efficienza energetica, della direttiva 2010/31/UE, sulla prestazione energetica nell'edilizia, e della direttiva 2002/91/CE relativa al rendimento energetico nell'edilizia” e s.m.i;
- D. Lgs. 30 maggio 2008, n. 115 “Attuazione della direttiva 2006/32/CE relativa all'efficienza degli usi finali dell'energia e i servizi energetici e abrogazione della direttiva 93/76/CEE”;
- D.P.R. 2 aprile 2009, n. 59 Regolamento di attuazione dell'articolo 4, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 192, concernente attuazione della direttiva 2002/91/CE sul rendimento energetico in edilizia;

- D. Lgs. 03 marzo 2011, n. 28 “Attuazione della Direttiva 2009/28/CE sulla promozione dell’uso dell’energia da fonti rinnovabili, recante modifica e successiva abrogazione delle direttive 2001/77/CE e 2003/30/CE”;
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 75 “Regolamento recante disciplina dei criteri di accreditamento per assicurare la qualificazione e l'indipendenza degli esperti e degli organismi a cui affidare la certificazione energetica degli edifici, a norma dell'articolo 4, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 192”;
- D. Lgs. 4 luglio 2014, n. 102 “Attuazione della direttiva 2012/27/UE sull'efficienza energetica, che modifica le direttive 2009/125/CE e 2010/30/UE e abroga le direttive 2004/8/CE e 2006/32/CE”;
- D.M. 26 giugno 2015 “Applicazione delle metodologie di calcolo delle prestazioni energetiche e definizione delle prescrizioni e dei requisiti minimi degli edifici”;
- D.M. 26 giugno 2015 “Schemi e modalità di riferimento per la compilazione della relazione tecnica di progetto ai fini dell’applicazione delle prescrizioni e dei requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici”;
- D.M. 26 giugno 2015 “Adeguamento del decreto del Ministero dello sviluppo economico, 26 giugno 2009 - Linee guida nazionali per la certificazione energetica degli edifici”;
- L. 28 dicembre 2015, n. 221 “Disposizioni in materia ambientale per promuovere misure di green economy e per il contenimento dell’uso eccessivo di risorse naturali” e s.m.i.;
- D. Lgs.10 giugno 2020, n. 48 “Attuazione della direttiva UE 2018/844 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 30 maggio 2018, che modifica la direttiva 2010/31/UE sulla prestazione energetica nell’edilizia e la direttiva 2012/27/UE sull’efficienza energetica”;
- D. Lgs. 18 novembre 2021, n. 199 “Attuazione della direttiva (UE) 2018/2001 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell’11 dicembre 2018, sulla promozione dell’uso dell’energia da fonti rinnovabili”;
- D.M. 23 giugno 2022 n. 256 “Criteri ambientali minimi per l'affidamento del servizio di progettazione di interventi edilizi, per l'affidamento dei lavori per interventi edilizi e per l'affidamento congiunto di progettazione e lavori per interventi edilizi”;
- L.R. 28 maggio 2007, n. 13 “Disposizioni in materia di rendimento energetico nell’edilizia”e s.m.i.;
- D.G.R. 30 settembre 2008, n. 35-9702. “Disposizioni attuative della l.r. 13/2007”e s.m.i.;
- D.G.R. 04 agosto 2009, n. 45-11967. “Disposizioni attuative della l.r. 13/2007 in materia di impianti solari termici, impianti da fonti rinnovabili e serre solari”e s.m.i.;
- D.G.R. 04 agosto 2009, n. 46-11968 “Disposizioni attuative della L.R. 13/2007 in materia di rendimento energetico nell’edilizia”e s.m.i.;
- D.G.R. 04 agosto 2009, n. 43-11965 “Disposizioni attuative in materia di certificazione energetica degli edifici”e s.m.i.;
- D.D. 1 ottobre 2009, n.446 “Approvazione aspetti metodologici e operativi in materia di certificazione energetica ai sensi della D.G.R. 4 agosto 2009, n. 43-11965 recante disposizioni attuative della L.R. 28 maggio 2007, n. 13 e s.m.i.”;
- D.G.R. 4 febbraio 2014, n. 17-7073 “Adeguamento in materia di certificazione energetica alle disposizioni di cui al decreto legge 63/2013 convertito dalla legge 90/2013 e al d.p.r. 75/2013. Modifica della D.G.R. 4 agosto 2009 n. 43-11965 e s.m.i.”;

- D.G.R. 02 novembre 2015, n. 24-2360 “Disposizioni in materia di attestazione della prestazione energetica degli edifici in attuazione del D. Lgs. 192/2005 e s.m.i., del DPR 75/2013 e s.m.i. e del D.M. 26/06/2015”;
- D.G.R. 21 settembre 2015, n. 14-2119 “Disposizioni in materia di attestazione della prestazione energetica degli edifici in attuazione del d.lgs. 192/2005 e s.m.i., del d.p.r. 75/2013 e s.m.i., del d.m. 26 giugno 2015 "Adeguamento del decreto del Ministro dello sviluppo economico 26 giugno 2009 - Linee guida nazionali per la certificazione energetica degli edifici" e degli articoli 39, comma 1, lettera g) e i) e 40 della l.r. 3/2015”;
- D.G.R. 30 maggio 2016, n. 29-3386 “Attuazione della legge regionale 7 aprile 2000 n. 43. Disposizioni per la tutela dell’ambiente in materia di inquinamento atmosferico. Armonizzazione del Piano regionale per il risanamento e la tutela della qualità dell’aria con gli aggiornamenti del quadro normativo comunitario e nazionale” e s.m.i.;
- D.G.R. 14 dicembre 2018, n. 43-8097 “Attestazione della prestazione energetica degli edifici. Disposizioni in materia di controlli e sanzioni. Istituzione di un corso di raccordo formativo per certificatori energetici”;
- D.C.R. 25 marzo 2019, n. 364-6854 “Approvazione del piano regionale di qualità dell’aria ai sensi della L.R. 3 aprile 2000 n. 43”;

0.f Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale

Normativa regionale

- D.C.R. n. 616-3149 del 22 febbraio 2000 - Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- L.R. n. 4/2006 “Sistema regionale per la ricerca e l’innovazione”.
- L.R. n. 18/2007 - Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale.
- L.R. n. 3/2012 “Disposizioni in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale”.
- D.C.R. n. 136-39452 del 22 ottobre 2007 - Individuazione delle Aziende del sistema sanitario regionale.
- D.C.R. n. 167 – 14087 del 3 aprile 2012, - Piano socio-sanitario regionale 2012-2015.
- D.G.R. n. 1-600 del 19 novembre 2014, Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.
- D.G.R. n. 1-924 del 23 gennaio 2015, Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014, Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.
- D.G.R. n. 53-2487 del 23.11.2015, AA.SS.RR.- Procedimento regionale di verifica degli atti aziendali – Art. 3 D. L.gs. n. 502/1992 s.m.i. - D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012 – D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015 – Presa d’atto adeguamento alle prescrizioni regionali e recepimento definitivo ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012, all. A, par.5.1;
- D.G.R. n. 2-3900 del 08.09.2016, programma di investimenti ex art.20 Legge n.67788- Adeguamento alla normativa antincendio;

- D.C.R n. 286-18810 del 8.05.2018, rete ospedaliera regionale. Programma di interventi in edilizia sanitaria;
- D.C.R. n. 259-4501 del 30.01.2018, Modifiche ed integrazioni alle deliberazioni del Consiglio regionale n.10-20273 del 28 giugno 2005 e n.131-23049 del 9 giugno 2007. Progetto finalizzato agli interventi di riqualificazione di assistenza sanitaria nella città di Torino ai sensi dell'articolo 71 della legge 448/1998. adeguamento e rideterminazione degli interventi in applicazione del decreto del Ministero della Sanità del 5 aprile;
- D.G.R. n. 7-1492 del 12.06 2020 emergenza da COVID 19. Approvazione del "Piano Straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID 19" da proporre al Ministero della Salute ai sensi dell'art.2 del D.L. n.34 del 19.05.2020;
- D.G.R. n. 10-3149 del 30.04.2021, Emergenza COVID-19 Art. 2 del D.L. 34 del 19 maggio 2020. D.G.R. n. 7-1492 del 12 giugno 2020. Prima rimodulazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19";
- D.G.R. 20.11.2020, n. 17-2318 D.G.R. n. 27-6517 del 23 febbraio 2018: Intervento 5) Realizzazione del Centro Servizi di Telemedicina. Approvazione indirizzi per l'attuazione;
- D.C.R. n. 199-3824 del 22.02.2022, 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.G.R. n. 17.4952 del 29.04.2022 "D.C.R. 22 febbraio 2022 n. 199-3824 - Ripartizione alle Aziende Sanitarie Locali delle risorse di cui al Decreto Ministero Salute 20 gennaio 2022 per la realizzazione delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali. Missione 6 Componente 1.
- D.G.R. n. 25-5186 del 14.06.2022 "PNRR Missione 6 Salute Ripartizione ai sensi dell'art.5. comma 1 del contratto istituzionale di sviluppo (CIS), delle attività per l'attuazione del PNRR e del Piano nazionale per gli investimenti (PNC), alle Aziende sanitarie regionali, in qualità di soggetti attuatori esterni delegati. Riparto agli Enti del SSR delle risorse del PNRR e PNC per complessivi Euro 524.744.995,00".
- D.G.R. n. 23-5124 "PNRR Missione 6 "Salute". Approvazione Schema del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)."
- D.G.R. n. 6-4630 del 11.02.2022 "Approvazione Programma di Investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.21.1.2."
- DGR n. 7-1492 del 12/06/2020 Approvazione del Piano di riorganizzazione di cui al citato art. 2, comma 1 e seguenti del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34.
- D.C.R. 193 - 974 del 18.01.2022, Prima programmazione di indirizzo di carattere strategico generale di investimenti in edilizia sanitaria per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri.
- D.C.R. n. 257 – 25346 del 20.12.2022, 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".

- D.G.R. n. 34 - 6762 del 17.04.2023, Approvazione schema tipo di accordo quadro ex art. 15 L. 241/90 tra Regione Piemonte, Azienda Sanitaria Zero Regione Piemonte e Politecnico di Torino per attività di ricerca, trasferimento tecnologico e formazione riguardante l'edilizia sanitaria per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri o la riqualificazione delle strutture esistenti.
- D.G.R. n. 18 - 7021 del 12.06.2023, Cooperazione a fini istituzionali tra la Regione Piemonte e la Cassa Depositi e Prestiti S.p.A. finalizzata alla realizzazione di progetti di edilizia sanitaria. Approvazione schema di protocollo d'Intesa.
- D.G.R. n. 1-7297 del 25.07.2023, Approvazione della ricognizione degli investimenti già programmati a livello regionale in edilizia sanitaria, tra cui gli investimenti da finanziarsi con fondi dello Stato ex art. 20 della L.67/88 per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di nuovi accordi di programma tra Stato e Regione.
- D.G.R. n. 45-7758 del 20.11.2023, Finanziamento della progettazione di nuove strutture ospedaliere ai sensi della Legge regionale 29 settembre 2023, n. 21. Approvazione quadro complessivo finanziario e indirizzi per l'assunzione di un mutuo per importo non superiore a euro 42.000.000,00.

Normativa nazionale

- Legge 11 marzo 1988, n. 67 (art. 20): "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)".
- D.M. 29 agosto 1989, n. 321: "Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi dell'art. 20, commi 2 e 3, della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67".
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502.
- Legge 492/93 (conversione in Legge del D.L. 2 – 10 – 1993 n. 396): "Disposizioni in materia di edilizia sanitaria".
- Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367.
- Legge 23 dicembre 1996, n. 662.
- D.P.R. 14 gennaio 1997: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".
- Delibera CIPE 21/03/97: "Disciplina della programmazione negoziata".
- decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430.
- Circolare del Ministero della Salute del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691.
- deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141.
- Legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza.
- Accordo tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità,

sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 19 dicembre 2002.

- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005.
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006) articolo 1, commi 310, 311 e 312 disposizioni per l'attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni.
- Nota circolare del Ministero della Salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell'8 febbraio 2006 avente per oggetto "Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006).
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008).
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008.
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 5 ottobre 2006, (Patto sulla Salute).
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007) per le disposizioni concernente il settore degli investimenti in Sanità.
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) per le disposizioni concernente il settore degli investimenti in Sanità.
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "definizione delle modalità e procedura per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'accordo del 19 dicembre 2002.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81.
- Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano - Anno 2009
- Legge 191 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010)
- Decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118, Principi contabili.
- Decreto legislativo n. 38 del 4 marzo 2014 di "Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro (14G00050).
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- C.S.R. del 7 settembre 2016, Intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).
- D.L. del 26.10.2019 n.124, art. 32-sexies convertito in legge 19.12.2019 n. 157 Legge 124, Ristrutturazione e riqualificazione energetica delle strutture degli ex Ospedali Psichiatrici". Ricognizione fabbisogni;
- Decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici

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

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

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

1.a Il contesto internazionale e nazionale

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

Sono rimaste tuttavia eccellenze, professionalità, esperienze imprenditoriali, che in un contesto di nuove iniziative e di nuovi settori di sviluppo, rappresentano un valore aggiunto per la nostra città e devono essere rivitalizzate. Non solo, ma un forte ruolo degli atenei torinesi, Università e Politecnico, da anni ai vertici della didattica e della ricerca europea, sono risorse strategiche che, in una fase di così accentuato cambiamento, possono fortemente contribuire al rilancio del nostro territorio.

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

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

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

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

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

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

Nella figura seguente viene presentata la piramide di età della popolazione della Regione, con riferimento all'anno 2023.

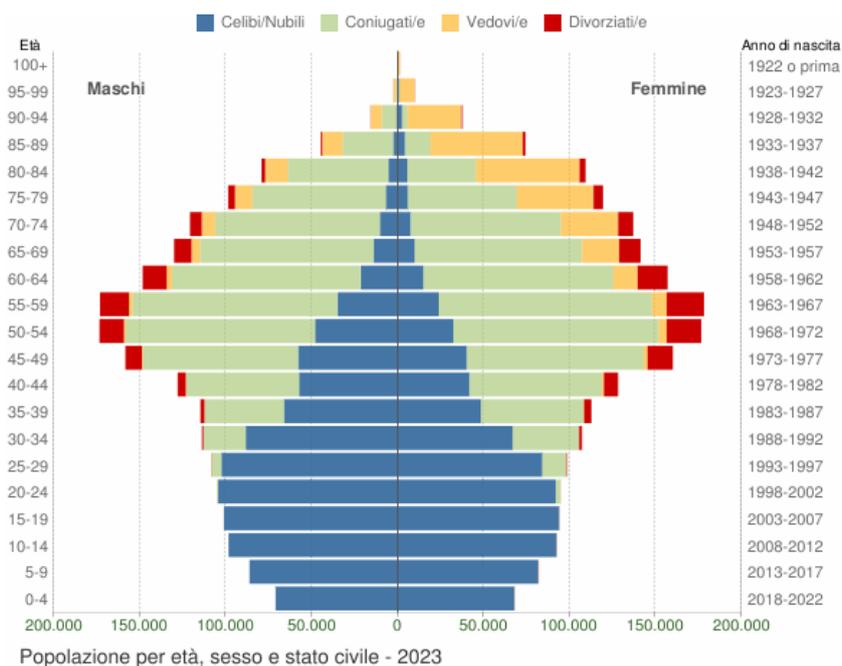


Figura 1. Piramide di età della popolazione della Regione Piemonte (anno 2023)

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

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

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

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

1.b.1 Quadro demografico

In breve

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabella popolazione residente in Piemonte per gruppi di età 2019-2039					
Popolazione (età)	2019	2029	2039	Variazione 2039-2109 (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

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

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

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

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

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

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

1.b.2 Quadro epidemiologico

In breve

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Ipertensione;
- artrosi;
- malattie allergiche.

I cambiamenti epidemiologici stanno determinando un cambiamento negli scenari di cura. Negli ultimi 15 anni si assiste a una riduzione del tasso di ricovero, passato in Piemonte da 180 ricoveri (ordinari e in regime di day hospital) ogni 1.000 residenti nel 2001, a 122,6 nel 2018.

La tendenza alla diminuzione del tasso di ricovero, costante dall'inizio del millennio, prosegue nell'ultimo triennio anche per il Piemonte.

1.b.3. Quadro socio-economico

In breve

- *Prima della pandemia l'economia piemontese manifestava già un marcato rallentamento.*
 - *Fra i settori in crisi ci sono quelli dell'industria manifatturiera, dei mezzi di trasporto e dell'industria meccanica. I settori che resistono sono quelli dell'alimentare e delle apparecchiature meccaniche.*
 - *Durante la pandemia: crollo delle esportazioni regionali e del commercio internazionale; si riduce il reddito delle famiglie ed aumenta la disoccupazione.*
 - *L'incertezza fa aumentare il costo del denaro: contrazione degli investimenti finanziari e rischio di bolle speculative.*
 - *La crisi sanitaria ha colpito maggiormente chi già viveva in condizioni sociali meno favorevoli; rischio di amplificazione delle disuguaglianze.*
 - *Una famiglia su dieci è monogenitore (necessità di servizi per la famiglia e per i giovani, garanzia del reddito).*
 - *3,5 famiglie su dieci sono costituite da una sola persona (necessità di servizi per la continuità).*
 - *La popolazione anziana è socialmente attiva (volontariato).*
 - *Un quarto dei Millennials (età fra i 22 ed i 37 anni) è di origine straniera.*
 - *La percentuale delle giovani donne di origine straniera che sono coniugate o conviventi è doppia rispetto a quella delle giovani donne piemontesi; le giovani donne di origine straniera hanno in media due figli, mentre quelle piemontesi ne hanno poco più di uno.*
 - *Il problema della povertà riguarda più spesso i minori e, fra questi, quelli di origine straniera.*
 - *Nel 2019: in Piemonte aumento delle migrazioni all'interno della Regione o rispetto ad altre Regioni; stabilità delle migrazioni dall'estero o verso l'estero.*
 - *E' previsto un incremento della disoccupazione ed una riduzione della natalità.*
-

La dimensione economica

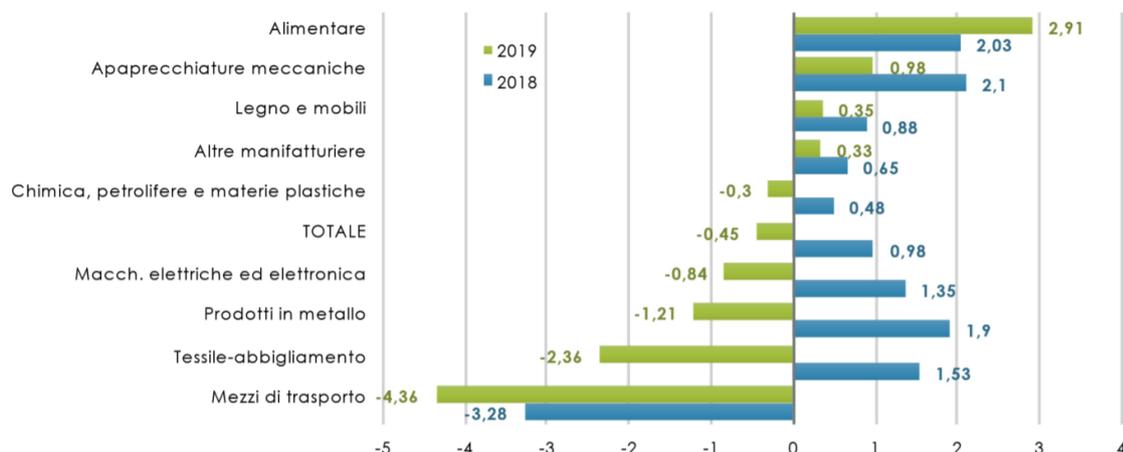
L'economia regionale nel 2019, prima della pandemia esplosa nei primi mesi del 2020, manifestava un marcato rallentamento: si stima che il Pil della regione nel 2019 abbia riflesso una crescita dello 0,2% nella media dell'anno. La domanda estera risultava in marcato rallentamento e si è tradotta in una ulteriore contrazione delle esportazioni, in termini reali del -4%,

segnando un'ulteriore diminuzione rispetto all'anno precedente, mentre la dinamica dei consumi si è azzerata. Gli investimenti hanno rappresentato l'unica componente della domanda ancora dinamica (+3%).

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

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

Figura dinamica della produzione industriale in Piemonte: variazioni percentuali



Fonte: Elaborazioni IRES su dati Indagine Congiunturale Unioncamere Piemonte

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

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

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

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

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

Il calo dei consumi è stato stimato pari al 4,7% nel 2020, anche a causa della contrazione del reddito delle famiglie. Questo aspetto rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio dello scenario prospettico, nel quale vi è il timore di un avvistamento dell'economia che conduce ad una situazione di equilibrio su livelli di reddito e produzione più bassi: un processo circolare e cumulativo che parte dalla diminuzione dell'offerta indotta dal lockdown produttivo; la quale determina un impatto negativo sul reddito e sulle aspettative delle famiglie, anche attraverso

il canale della disoccupazione, che a sua volta retroagisce sulla domanda al sistema produttivo; il quale alimenta un'ulteriore impatto negativo sul reddito. In questa situazione il mercato del credito agisce come amplificatore: l'incertezza fa salire il costo del denaro e si riduce la propensione degli intermediari finanziari a concedere credito per le imprese ritenute più a rischio di chiusura. Lo schema di aiuti messi in campo mira a 'congelare' la situazione, impedendo questa dinamica involutiva: sostegno alle imprese perché mantengano intatta la loro capacità produttiva e la loro capacità di soddisfare le obbligazioni evitando chiusure e fallimenti, sostenere il reddito delle persone affinché il livello dei consumi possa riprendere.

La dimensione sociale

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

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

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

La percentuale piemontese è superiore solo a quella della Valle d'Aosta e della Liguria. Ha invece acquisito peso la famiglia monogenitore, in genere una madre con uno o più figli, che nel 2019 rappresenta il 9,9% delle famiglie piemontesi, una percentuale più elevata rispetto a quelle delle regioni di confronto. In Piemonte è alta anche la percentuale di persone che vivono

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

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

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

storica in cui vi sarà necessità di fare maggiore leva sulle risorse relazionali di prossimità e nelle comunità locali.

Le generazioni e le cittadinanze

Ai cambiamenti accennati sopra nel modificare la composizione della popolazione piemontese, si intrecciano negli ultimi vent'anni le immigrazioni dall'estero. Dal momento che chi migra lo fa generalmente in età giovane, e il Piemonte ha ricevuto importanti flussi migratori all'inizio del nuovo secolo, i cambiamenti socio-demografici più recenti si sono verificati nelle generazioni giovani, in particolare tra i Millennials, coloro che all'inizio del 2019 hanno un'età compresa tra i 22 e 37 anni circa. Stime dell'IRES Piemonte indicano che la proporzione di donne di origine straniera in questa generazione è di circa il 25% e nel caso degli uomini di 23,7%, ovvero su 100 residenti in Piemonte appartenenti a questa generazione un quarto circa è di origine straniera.

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

composte solo da italiani (ISTAT, Prospetti povertà 2017-2018, <https://www.istat.it/it/archivio/231263> visitato il 29 aprile 2020). La povertà colpisce maggiormente le famiglie con figli, e meno le persone anziane. Ne consegue che la povertà riguarda più spesso i minori e, tra questi, i minori di origine straniera. La dinamica anagrafica, le tendenze in atto e la crisi pandemica I cambiamenti nella composizione della popolazione avvengono nel breve periodo attraverso gli spostamenti delle persone, in ingresso e in uscita, e nel lungo periodo mediante i comportamenti riproduttivi (la natalità) così come per effetto degli stili e percorsi di vita, a loro volta formati in connessione con le condizioni socioeconomiche e istituzionali determinatisi nel gioco di azione e retroazione delle scelte di tutti.

L'ISTAT stima che in Italia il calo delle nascite sia causato per circa i tre quarti del calo dalla diminuzione dei genitori potenziali (ISTAT, Relazione annuale 2019). Ciò è spiegato dalla denatalità degli anni '70, oggi avvertita nella decrescita della popolazione in età riproduttiva, e che proseguirà in Piemonte, secondo le previsioni demografiche dell'IRES Piemonte, fino al 2028. A questa causa, la denatalità degli anni '70, si aggiunge un abbassamento del numero medio di figli per coppia dovuto alle difficoltà di realizzare i progetti riproduttivi, difficoltà legate alla questione della conciliazione vita lavoro, alle basse remunerazioni, alla frammentarietà dei percorsi lavorativi, fattori che tendono a posticipare sia i matrimoni sia le nascite. In Piemonte nel 2019 le migrazioni, altro importante fattore di cambiamento, hanno fatto registrare un incremento di mobilità interna alla regione e con le altre regioni, mentre i flussi dall'estero e per l'estero si sono mostrati stabili o in leggero calo. Entrambi i tipi di flussi hanno generato un saldo positivo, più importante quello con l'estero, ma non ai livelli del primo decennio del secolo. I valori osservati nel 2019 più intensi rispetto al 2018 possono essere interpretati come un segnale che le famiglie e gli individui avevano ricominciato ad avere risorse e fiducia negli spostamenti, per l'allentamento della crisi economica del 2008.

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

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

1.b3.bis Situazione demografica e epidemiologica ASL VCO

Il territorio di competenza di ASL VCO comprende l'intera provincia di Verbano-Cusio-Ossola e 7 comuni della provincia di Novara e conta complessivamente 164.312 mila persone al 2022. La sua superficie è di 2.261 km² pressoché totalmente montana e lacustre, motivo per cui è classificata "Area Interna", con conseguente difficoltà viarie e di comunicazione che rendono i tragitti di percorrenza lunghi e in alcuni casi anche difficili, specialmente nella stagione invernale.

La densità di popolazione è pari a 68,2 ab/kmq, valore molto inferiore alla media regionale (168,1 ab./kmq) e nazionale (195,4 ab./kmq).

La popolazione residente è mediamente più anziana (fascia 65+anni) rispetto alla media regionale e nazionale.

Nel decennio dal 2012 al 2022, la popolazione della provincia di VCO è diminuita del 3,7% circa (in Piemonte tale riduzione è stata pari al -2,4%). In particolare, sono diminuite le fasce d'età 0-14 anni (-15,5%) e 15-64 anni (-6,9%), ma è aumentata considerevolmente quella 65+ anni (+11,0%).

[Fonti: DB AGM e elaborazione AGM su dati Istat anno 2021 e MEF anno 2019 Quadro socioeconomico].

Nel 2021 il tasso di occupazione degli abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni residenti nella provincia di VCO (63,8%) risulta essere inferiore al valore regionale (65,0%) ma superiore al valore nazionale (58,2%). Nella provincia di VCO, il reddito medio nel 2020 risulta pari a circa 20.183 €, valore inferiore alla media regionale (22.939 €) e alla media nazionale (21.549 €). Il numero medio di componenti delle famiglie è rimasto costante negli anni 2013-2019 (circa 2,1 componenti per famiglia), in linea con il trend regionale e inferiore di circa 0,2 punti rispetto al valore nazionale.

Indici demografici

Nella provincia di VCO si osserva un andamento decrescente del tasso di natalità, in linea con il trend regionale e nazionale. Nell'ASL, nel 2021, si registrano 5,5 nati ogni 1.000 ab. L'aspettativa di vita alla nascita mostra un andamento crescente fino al 2019, con un calo nel 2020 in concomitanza alla pandemia da COVID-19. Nel VCO nel 2021 si registra un'aspettativa di vita alla nascita pari a 82,9 anni. L'andamento dell'età media risulta crescente nel territorio, con valori superiori alla media regionale e nazionale. Nel territorio di competenza aziendale nel 2022, l'età media è pari a 49,6 anni.

Proiezione della popolazione

In linea con l'andamento degli indici demografici aziendali, rapportando la proiezione della popolazione piemontese alla popolazione residente VCO si evidenzia un progressivo incremento della popolazione anziana 65+ anni, a fronte di una riduzione della componente adulta 15-64 anni.

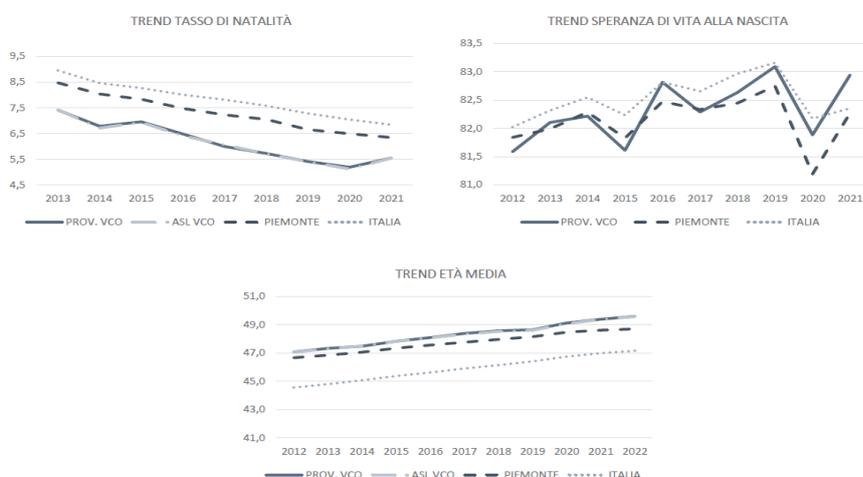
[Fonte: Istat, Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana 2015-2019 – dati aggiornati al 30.12.2020]

Cronicità

In Piemonte, dal 2012 al 2020, la percentuale di utenti con almeno una malattia cronica è aumentato di 0,2 punti percentuali, mentre è diminuita del -1,8% la percentuale di persone con almeno due malattie croniche. Nel 2020, il 40,7% circa della popolazione piemontese aveva una malattia cronica e il 19,2% aveva almeno due malattie croniche. Tali valori sono inferiori alle medie italiane (rispettivamente 41,0% e 20,9%). Analogamente al caso nazionale, le malattie croniche più diffuse nella popolazione piemontese sono l'ipertensione arteriosa (17,6%), l'artrosi (14,4%) e le malattie allergiche (10,7%).

Mortalità

Tab. Speranza di vita alla nascita, a 35 e 65 anni ASL VCO Anni 18 2020



[Fonte: elaborazione del Servizio sovrazonale di Epidemiologia - ASL TO3 su dati Istat, Schede di morte]

Nell'arco temporale che va dal 2013 al 2021, in tutti i livelli territoriali, il valore del tasso di mortalità si è mantenuto pressoché stabile fino al 2020 ed ha subito un significativo incremento nel 2021 in concomitanza alla pandemia da COVID-19; complessivamente si registra +2,9‰ a livello provinciale, +2,8‰ per l'intera ASL VCO, (valori regionali +3,9‰, valori nazionali + 2,2‰).

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte negli ambiti nazionale, regionale e provinciale; in particolare, nella provincia di VCO nel 2019 si registravano 42,1 morti ogni 10.000 abitanti, valore superiore a quello regionale (41,3) e a livello nazionale (36,6). I tumori costituiscono la seconda causa di morte più frequente in tutti i livelli territoriali analizzati, con un tasso di mortalità pari a 35,6 morti ogni 10.000 abitanti nella provincia di VCO, valore superiore a quanto osservato mediamente sul territorio regionale (33,9) e alla media nazionale (29,6).

[Fonti: DB AGM e elaborazione AGM su dati Istat anno 2021 e MEF anno 2019]

Dall'analisi degli indici demografici considerati, si rileva che il territorio del VCO è caratterizzato da un trend del tasso di natalità decrescente, in linea con quanto accade a livello regionale e nazionale. Il tasso di mortalità presenta valori in linea a quelli registrati in Piemonte, ma più

elevati di quelli nazionali. L'età media della popolazione residente cresce nel decennio 2012-2022, in linea con quanto osservato a livello regionale e nazionale. Nonostante la pandemia da COVID-19 abbia rallentato il processo di invecchiamento demografico della popolazione verbanese e piemontese (con una significativa riduzione dell'aspettativa di vita), la diminuzione del tasso di natalità e l'incremento dell'età media permangono contribuendo ad una trasformazione progressiva nella struttura per età della popolazione, contraddistinta da un numero via via più cospicuo di soggetti anziani. Al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è associato un aumento della diffusione di patologie cronic-degenerative e dei pazienti con comorbidità. Analogamente alla situazione regionale e nazionale, le principali cause di morte dei residenti del VCO sono le malattie cardiovascolari e i tumori.

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

In breve

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

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

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

Si assiste quindi, con la seconda tappa, al tentativo di specializzare il SSR con l'innovazione della rete ospedaliera, tentando di trasformare la stessa 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.

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

indirizzare ciascun utente verso diversi punti di erogazione, garantendo congruità dei tempi di attesa e dei costi, appropriatezza degli accessi e qualità delle prestazioni, ossia sostenibilità del sistema sanitario.

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.

Trattandosi di un'evoluzione in termini organizzativi e gestionali verso la specializzazione e la gerarchizzazione, parallelamente si è razionalizzato progressivamente il numero dei posti letto in rete pubblica sia per gli ospedali pubblici a gestione diretta, sia per gli ospedali privati in rete pubblica. Tale razionalizzazione descrive il processo di deospedalizzazione generale 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.

Dal lato dei bisogni, 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.

In tale contesto dal 2023 si assiste, in relazione agli obiettivi di PNNR, ad un incremento rilevante dell'assistenza domiciliare, con un aumento dei casi over 65 presi in carico che risponde pienamente alle indicazioni del PNNR.

La rete territoriale si conferma 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.

In tale contesto, la caratteristica delle condizioni erogative dei servizi sanitari del territorio di ASL VCO - in particolare a seguito ed in conseguenza della pandemia Covid- impone un ripensamento complessivo della rete integrata dei servizi, e la ridefinizione delle priorità in termini di prossimità dei servizi stessi e di equità distributiva, intesa anche come condizioni di accessibilità. Questo, in un contesto di politiche di valorizzazione e sviluppo delle aree montane quali "ambiti" di implementazione di politiche a tutto tondo di ripopolamento delle aree montane stesse e dei servizi non solo sanitari erogabili per garantirne la vivibilità.

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

In breve

- *La mobilità ospedaliera della regione Piemonte, nella serie storica 2017-2022, presenta un andamento del fenomeno regolare con una contrazione di costi e ricavi nei mesi di luglio-agosto e dicembre.*
- *Si osserva, inoltre, una significativa riduzione della spesa e dei ricavi durante il periodo colpito da pandemia COVID-19.*
- Nella serie storica il saldo economico risulta in crescita. In particolare, nel 2022 il saldo economico è di 25,8 €/mln, valore più che raddoppiato rispetto al 2019.
- *La mobilità passiva, in termini di costi, è stata pari a circa 151 €/mln nel 2022. Di tale quota, il 71,9% è assorbito da DRG ad alta e media/bassa complessità e il 5,1% da DRG a rischio inappropriata.*

In generale 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.

- **L'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.
- **L'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.

Peraltro 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 Omogenea⁷.

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.

La mobilità ospedaliera della regione Piemonte, nella serie storica 2017-2022, presenta un andamento del fenomeno regolare con una contrazione di costi e ricavi nei mesi di luglio-agosto e dicembre. Si osserva, inoltre, una significativa riduzione della spesa e dei ricavi durante il periodo colpito da pandemia COVID-19.

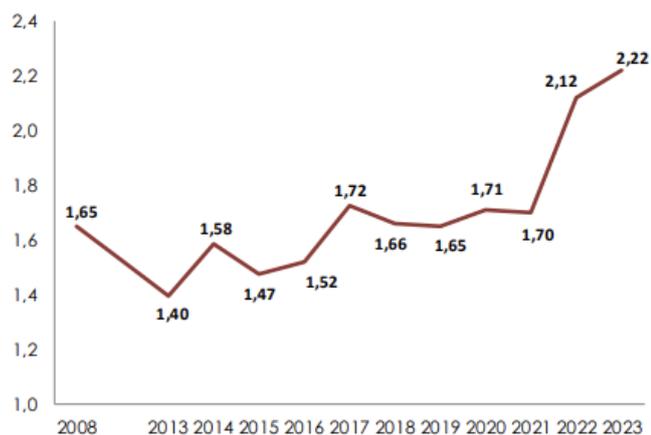
1.b.6 Offerta ante operam

Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali (2023).

- In Piemonte sono presenti 93 ospedali in rete pubblica con 15.905 posti letto (escluso il nido). Gli ospedali pubblici a gestione diretta sono 49 e si articolano su 53 strutture gestite da 18 Aziende Sanitarie Regionali: 12 Aziende Sanitarie Locali, 2 Aziende Ospedaliere e 4 Aziende Ospedaliere Universitarie.
- I posti letto negli ospedali pubblici a gestione diretta sono 11.234 (escluso il nido): 9.765 letti per il ricovero ordinario (a ciclo continuativo) e 1.496 letti per il ricovero diurno (day hospital o day surgery).
- Con riferimento agli ospedali pubblici a gestione diretta monitorati (48 ospedali su 52 strutture: dal monitoraggio e dalle analisi successive, riferendosi agli ospedali pubblici, è escluso il presidio SAAPA dell'ASL TO4, perché di proprietà privata), la superficie, pari a 2.384.080 m², ha una capacità insediativa complessiva di 14.711 posti letto, a fronte degli 11.093 posti letto effettivamente presenti.
- Poiché negli ospedali pubblici la superficie unitaria per posto letto è pari a circa 215 m²/pl, mentre la progettazione ospedaliera si orienta con superfici unitarie comprese fra i 100 ed i 150 m²/pl, il modello d'uso degli ospedali regionali è mediamente non intensivo: circostanza che ha effetti sull'efficienza della gestione, non solo da un punto di vista strutturale.

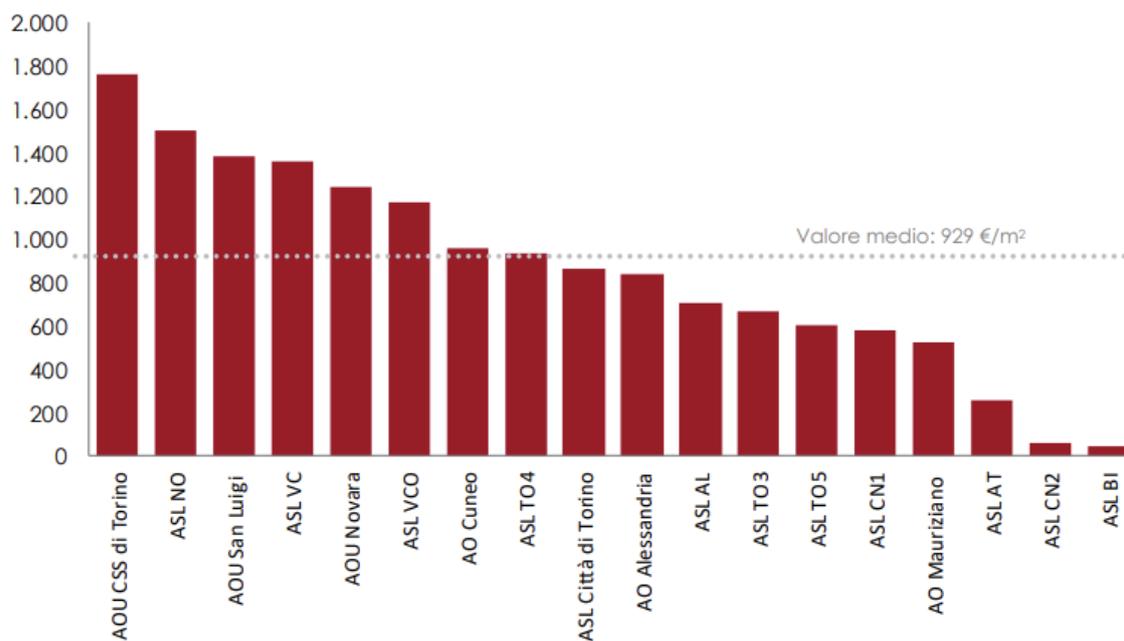
Caratteristica	Anno 2022 ³	Anno 2023 ⁴
Superficie lorda [m ²]	2.383.731	2.384.080
Posti letto, ricovero ordinario (<i>inclusa</i> specialità 31) ¹	10.373	10.007
Posti letto, ricovero ordinario (<i>esclusa</i> specialità 31)	9.994	9.624
Posti letto in ricovero diurno (Day hospital e Day surgery) ²	1.500	1.469
TOTALE ricovero ordinario e diurno (<i>inclusa</i> specialità 31)	11.873	11.476
TOTALE ricovero ordinario e diurno (<i>esclusa</i> specialità 31)	11.494	11.093

- Per gli ospedali pubblici l'obiettivo del soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento è di medio periodo, poiché tali requisiti risultano mediamente riscontrati per il 75,4% (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 20 presidi su 52 (il 38% circa) non raggiungono tale soglia e si presentano quindi come critici per qualità strutturale.
- 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.
- Rispetto all'obsolescenza si rileva che 32 strutture ospedaliere su 52 (il 62% 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 le strutture si avvicinano al termine della loro vita utile. 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 è mediamente al di sotto di questa soglia, presentandosi con un valore pari al 67,4.
- Delle 18 Aziende Sanitarie Regionali, 9 risultano critiche in termini di qualità strutturale e di obsolescenza degli ospedali di loro competenza.
- Per il perseguimento dell'obiettivo del pieno soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento degli ospedali pubblici sarebbero necessari lavori di adeguamento per circa 2,22 miliardi di euro.

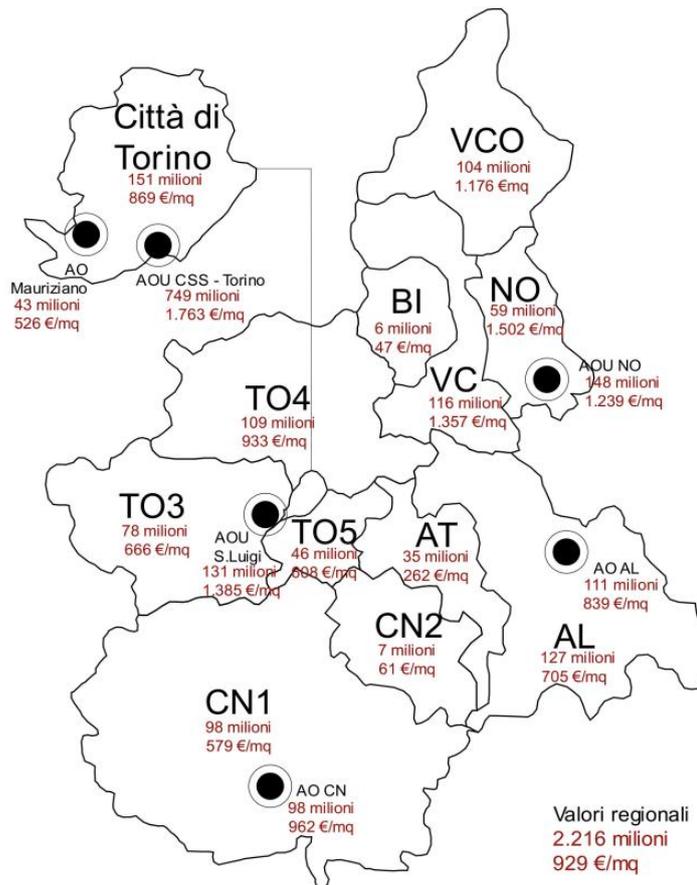


Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali (2023). Stima del fabbisogno per l'adeguamento dei presidi ospedalieri regionali (in miliardi di euro): anni 2008-2023

- Il costo unitario medio per l'adeguamento degli ospedali pubblici è stimato in circa 929 €/m².



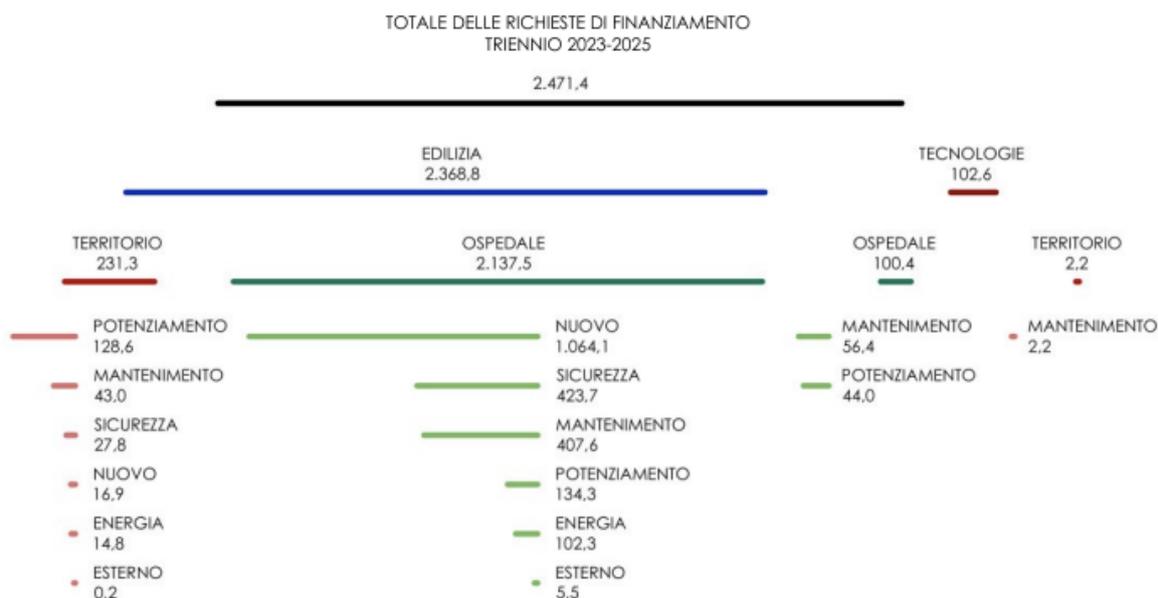
Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali (2023). Costi di adeguamento per unità di superficie dei presidi ospedalieri (valori Aziendali).



Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali (2023). Fabbisogno e costi unitari per l'adeguamento degli ospedali (valori Aziendali).

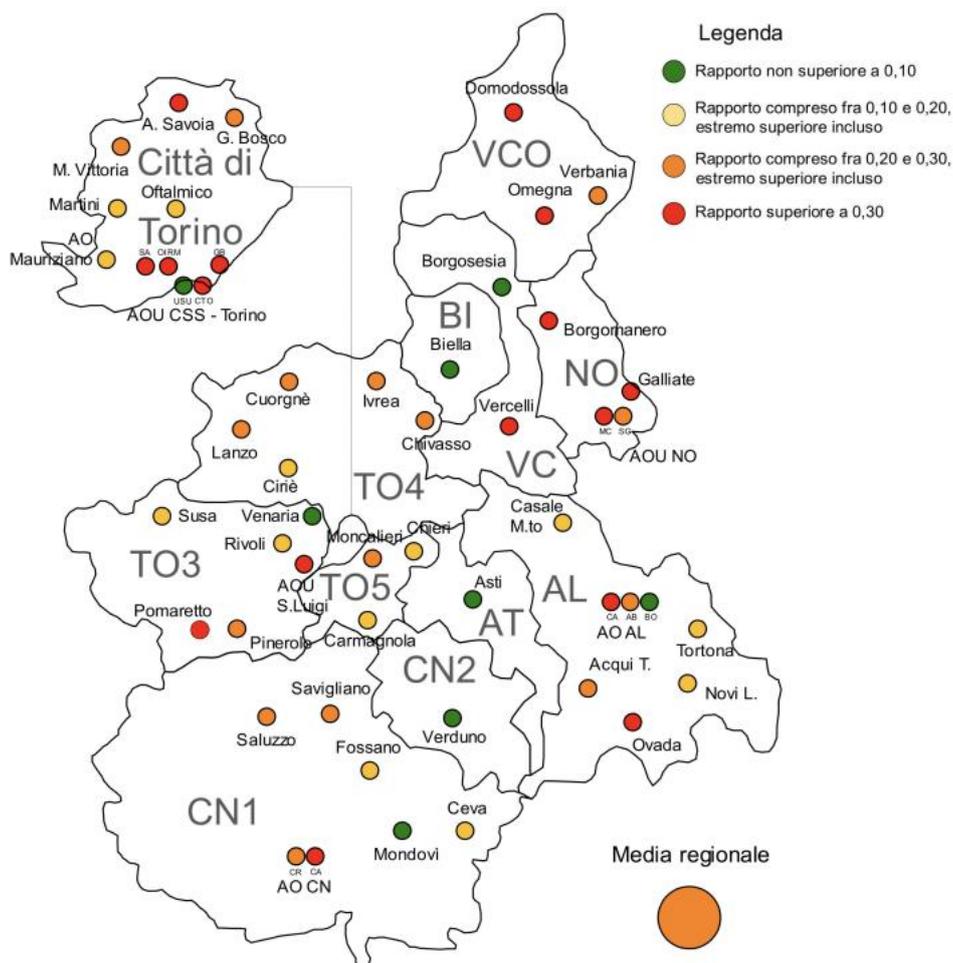
- Il costo annuo per la manutenzione degli ospedali pubblici è stimato in circa 186 milioni di euro (IVA inclusa). Gli interventi di manutenzione considerati sono quelli, preventivi o correttivi, finalizzati al mantenimento o al ripristino delle prestazioni iniziali, anche con la sostituzione delle parti o delle componenti fisiologicamente destinate a consumarsi o ad usurarsi.
- Per il triennio 2023-2025 le Aziende Sanitarie hanno presentato alla Regione Piemonte, tramite il popolamento dell'applicativo EDISAN, 1.093 richieste di finanziamento per interventi edilizi ed acquisizione di grandi tecnologie per un importo di circa 2,48 miliardi di euro. Il numero delle richieste di finanziamento per interventi edilizi è 860 ed il loro importo ammonta a 2.086.857.492 € (circa l'92% del totale), mentre quello per l'acquisizione di grandi attrezzature è 249 per un totale di 171.359.779 € (circa il 8% del totale). Guardando agli interventi da rivolgere all'esistente, in termini economici gli obiettivi prevalenti sono quelli per la sicurezza delle strutture esistenti (32,5% dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con circa 451 milioni di euro: 423 milioni per il comparto ospedaliero e 28 milioni per il comparto territoriale), per il mantenimento delle strutture (32,4% dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con circa 451 milioni di euro: 408 milioni per il comparto ospedaliero e 43 milioni per il comparto territoriale) e per il potenziamento o l'ampliamento (18,9%

dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con circa 263 milioni di euro: 134 milioni per il comparto ospedaliero e 129 milioni per il comparto territoriale).



Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali (2023). Classificazione delle richieste di finanziamento, ciclo 2023-2025. Importi in milioni di euro.

- Delle 52 strutture degli ospedali pubblici, 10 (circa il 19%) di queste, critiche per qualità strutturale, per obsolescenza e per intensità dei costi di adeguamento, non risultano pienamente disponibili ad interventi diffusi ed intensivi per il loro recupero 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.



Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali (2023). Rapporto fra costi di adeguamento e valore di sostituzione dei presidi ospedalieri (singole strutture).

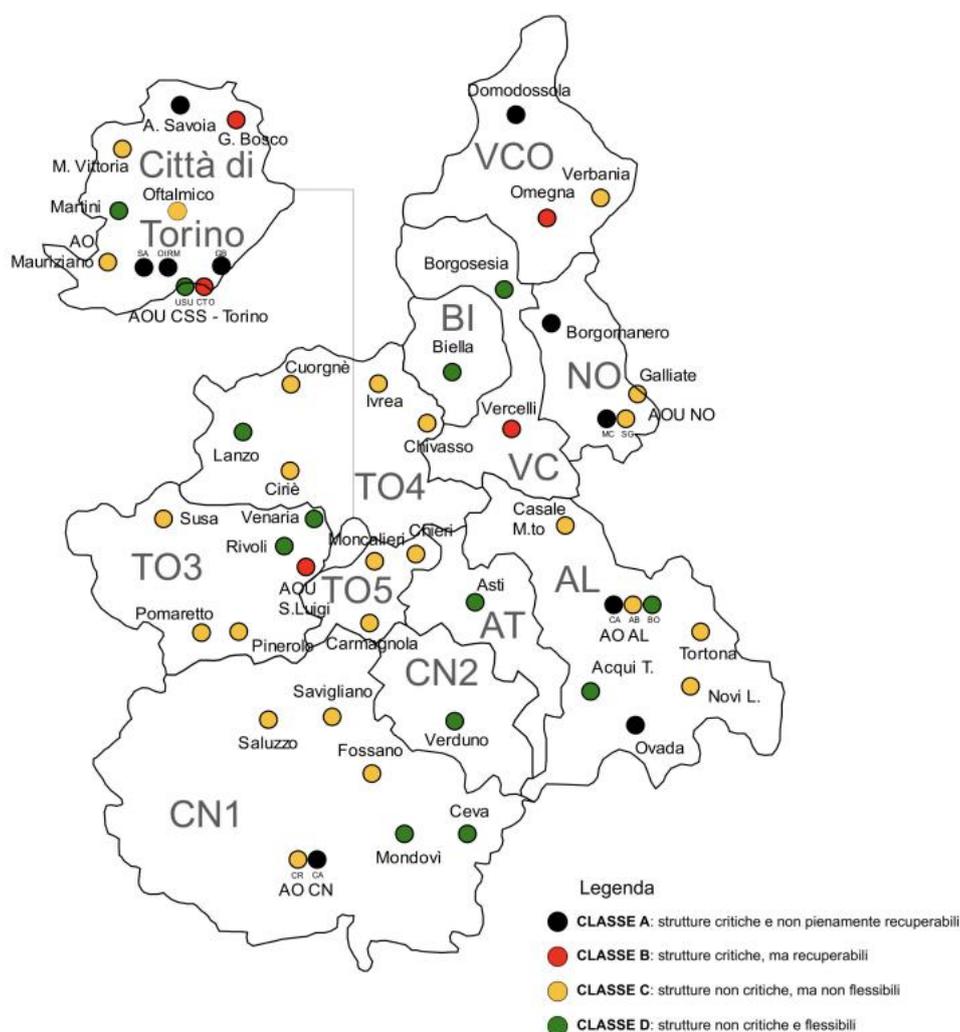
L'impegno di risorse per interventi in edilizia sanitaria deve confrontarsi con la disponibilità delle strutture alla loro realizzazione. Dalle elaborazioni svolte è stato possibile rilevare che nell'anno 2023 circa il 19% delle 52 strutture ospedaliere regionali non ha un significativo potenziale all'adeguamento o alla trasformazione in quanto è costituito da strutture sostanzialmente non flessibili e con criticità intrinseche derivanti dalla tipologia costruttiva, dall'impianto tipologico, ovvero dalla presenza di vincoli normativi, che limitano la possibilità di realizzare con modalità e risorse ordinarie interventi di adeguamento diffusi ed intensivi. Tali presidi, infatti, appartengono alla prima fra le seguenti classi:

- Classe A: le strutture sono critiche, da un punto di vista edilizio, rispetto agli usi attuali ed hanno vincoli o caratteristiche intrinseche che non le rendono pienamente recuperabili (strutture critiche e non pienamente recuperabili).
- Classe B: le strutture sono critiche, da un punto di vista edilizio, rispetto agli usi attuali, ma non hanno vincoli o caratteristiche intrinseche che possano precludere il loro adeguamento (strutture critiche, ma recuperabili).
- Classe C: le strutture risultano sostanzialmente idonee, da un punto di vista edilizio, agli usi attuali, ma hanno vincoli o caratteristiche intrinseche che possono limitare la loro trasformazione (strutture non critiche, ma non flessibili).

- Classe D: le strutture risultano sostanzialmente idonee, da un punto di vista edilizio, agli usi attuali e non hanno vincoli o caratteristiche intrinseche che possano limitare il loro potenziale alla trasformazione (strutture non critiche e flessibili).

Generalizzando e semplificando, le strategie di intervento relative alle strutture appartenenti alle quattro classi sopra descritte possono ispirarsi agli indirizzi sotto riportati:

- Strutture in Classe A: trasformazione ad usi più compatibili (a minore complessità) o innovazione.
- Strutture in Classe B: adeguamento dell'esistente o trasformazione ad usi più compatibili (a minore complessità).
- Strutture in Classe C: conferma del ruolo attuale nella rete ospedaliera e mantenimento delle funzioni attuali.
- Strutture in Classe D: potenziamento del ruolo attuale nella rete ospedaliera, anche mediante l'acquisizione di nuove funzioni sanitarie.



Fonte: IRES Piemonte, rapporto annuale sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali (2023). Classe di attitudine all'uso, all'adeguamento o alla trasformazione.

Entrambi i presidi ospedalieri a gestione dell'Asl VCO rientrano in questi ambiti di criticità come sopra descritti a pieno titolo.

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 2008. 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 2008 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 e, 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.

FASE 6, dal 2017 al 2019 (QS: 74,4% <> 75,3%): 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. Si tratta di un ruolo strategico confermato ed ancor più enfatizzato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che, con la realizzazione di Ospedali di comunità, di Case di comunità e di Centrali operative territoriali, punta al potenziamento dell'offerta territoriale non solo nel comparto di pertinenza, ma anche – e soprattutto – nell'interfaccia con il comparto ospedaliero, proprio con l'obiettivo della ricerca di una continuità del tipo ospedale-territorio e della costituzione di percorsi integrati di cura. Tali principi risultano attualmente affermati anche dal DM 77 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.144 del 22 giugno 2022), riguardante "Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN". La ripresa rilevata nel triennio 2017-2019 è stata interrotta dalla straordinaria sollecitazione indotta dalla pandemia da Covid. Nell'anno 2020, infatti, si è rilevato un peggioramento in termini di qualità strutturale, di obsolescenza e di fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali. Si è trattato di un peggioramento determinato non tanto dal decadimento di caratteristiche proprie degli ospedali, bensì dalla loro difficoltà di adattarsi, almeno nel brevissimo periodo, al più severo quadro esigenziale determinato dalla necessità di gestire la pandemia da Covid. Dopo i primi interventi per il potenziamento delle aree ad alta intensità e dei pronto soccorso e, parallelamente, degli investimenti per l'adeguamento degli

ambiti e dei sistemi a questi connessi, ma al servizio generale degli ospedali, come i percorsi, gli impianti e le centrali, è stato possibile contenere gli effetti del peggioramento iniziale, fino a rendere la condizione degli ospedali confrontabile, in termini di qualità strutturale, con quella del 2019. L'entrata in esercizio del nuovo ospedale di Verduno (ASL CN2), l'estromissione dalla rete ospedaliera degli ospedali di Alba e Bra (ASL CN2) e la trasformazione dell'ospedale di Pomaretto (ASL TO3), inoltre, hanno contribuito alla riduzione dell'obsolescenza media del patrimonio ospedaliero regionale. Rispetto al 2019 aumenta però l'entità del fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali esistenti proprio a causa delle trasformazioni di ordine organizzativo e strutturale che, determinate dalla necessità di fronteggiare la pandemia da Covid, caratterizzeranno gli assetti e le funzioni degli ospedali.

FASE 7, dal 2021 al 2023 (QS: 75,3% <> 75,4%): le condizioni strutturali degli ospedali confermano, mediamente, la loro sostanziale adeguatezza ai requisiti per l'accreditamento. La conferma del livello di qualità strutturale è il risultato di un equilibrio fra due pulsioni aventi verso opposto. Da un lato l'incremento dei prezzi in edilizia ha reso più gravosa la realizzazione degli interventi di adeguamento degli ospedali; dall'altro la programmazione per il potenziamento della rete di prossimità, per l'allestimento tecnologico e per il miglioramento delle condizioni strutturali degli ospedali discendenti dal PNRR hanno permesso l'avvio di interventi puntuali di adeguamento, nonché una rivalutazione delle criticità attuali in chiave prospettica, ragionando, anche in termini organizzativi, sul ruolo dell'ospedale della rete integrata.

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 10 strutture ospedaliere su 52. Tutte queste strutture sono critiche, da un punto di vista edilizio, rispetto agli usi attuali.
- Il fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali, stimato in circa 2,22 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 integrata.

- Sono ambiti di interesse per l'innovazione quelli dell'ASL Città di Torino, dell'ASL NO, dell'ASL VCO, dell'ASL AL, dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, dell'AO Maggiore della Carità di Novara, dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo e dell'AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria, che comprendono le 10 strutture non più pienamente recuperabili con risorse e mezzi ordinari.
- L'innovazione, la trasformazione o l'adeguamento degli ospedali vanno lette nel contesto della rete integrata, con particolare riferimento alle questioni organizzative e funzionali che discendessero da una nuova interpretazione del significato di ospedale.
- Il progressivo aumento dei prezzi in edilizia e la puntuale caratterizzazione delle criticità ospedaliere hanno amplificato l'entità di criticità già esistenti rispetto agli investimenti necessari per controllarle.

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.

L'attuazione del PNRR comporterà un potenziamento della rete di prossimità e sarà quindi in grado di incrementare l'efficacia e l'efficienza dei segmenti appartenenti ai percorsi di cura che vedono l'ospedale come un polo per il trattamento della fase acuta del bisogno di cura, ovvero della diagnostica avanzata. Il potenziamento della rete di prossimità ha quindi anche l'effetto dell'incremento dell'appropriatezza degli accessi ospedalieri e della migliore gestione della continuità in dimissione, permettendo all'ospedale stesso di perseguire una maggiore specializzazione in competenze più pertinenti alla sua missione. Da questa specializzazione discende una maggiore competitività e quindi la possibilità, da parte dell'ospedale, di potenziare progressivamente le proprie competenze in termini di assortimento, qualità, efficacia ed efficienza, fino al punto di diventare motore della sua stessa evoluzione nell'ambito di una rete della quale costituisce una polarità di riferimento per la trasformazione complessiva degli ambiti ai quali l'ospedale risulta connesso, come quello territoriale, economico, sociale e produttivo. Il presupposto di questo modello è il potenziamento delle reti dei percorsi sanitari che si sviluppano nell'ambito di polarità funzionalmente connesse, proprie sia del comparto ospedaliero, sia del comparto territoriale, fino al domicilio degli assistiti. La relazione fra i servizi sanitari e quello territoriale, economico, sociale e produttivo può poi essere valorizzata, nell'ambito di una rinnovata competitività della pubblica amministrazione, ricercando forme di partecipazione in grado di valorizzare risorse, competenze e responsabilità esterne al mondo della sanità lungo percorsi di trasformazione che puntano al perseguimento degli obiettivi della stessa e quindi all'affermazione di un interesse pubblico più ampio rispetto a quello discendente dalla tutela della salute. La partecipazione, permettendo di ricercare sintesi e sinergie fra interessi e risorse differenti rispetto ad un obiettivo condiviso, è certamente una potenzialità da valorizzare nel governo delle trasformazioni, siano queste auspicate o ineluttabili, come quelle determinate dal cambiamento alla scala globale. Il governo delle trasformazioni implica l'affermazione delle istituzioni politiche ed amministrative pubbliche e questo vale, a maggior ragione, se

l'interesse pubblico viene perseguito nell'ambito di un sistema più ampio ed integrato rispetto a quello proprio della pubblica amministrazione. Fondamentali sono quindi il tema della valorizzazione delle competenze, in centri pubblici in grado di attuare o supportare la realizzazione di strategie coerenti alle politiche di trasformazione o alle sfide comportate dai cambiamenti alla scala globale, e quello dell'ampiezza del disegno complessivo di trasformazione, che, rispetto alla scala globale e agli assetti istituzionali attuali, dovrà essere necessariamente un mosaico di tessere prodotte da differenti centri pubblici di responsabilità e competenza, politici ed istituzionali. Queste forme istituzionali di complementarità e sussidiarietà sono rilevanti, in particolare, per i processi di trasformazione o per le sfide che interessano più istituzioni o che si svolgono alla scala globale, come, ad esempio, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, le politiche economiche per il riscontro ai prezzi del mercato globalizzato, le strategie per la tutela dell'ambiente e per la sostenibilità e le progettualità complesse, fra le quali quelle che puntano all'innovazione mediante la realizzazione di nuovi ospedali.

Con riferimento alle strutture esistenti, il fabbisogno complessivo per l'adeguamento dei presidi ospedalieri regionali, pari a circa 2,22 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 2023-2025 per il comparto ospedaliero ammontano a circa 161 milioni di euro per gli adeguamenti antincendio, a circa 200 milioni di euro per gli adeguamenti antisismici e a circa 63 milioni di euro per altri adeguamenti normativi in materia di tutela della sicurezza. 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.

Tutto quanto sopra confluisce negli atti di programmazione regionali descritti nei paragrafi precedenti.

RETE OSPEDALIERA DI ASL VCO

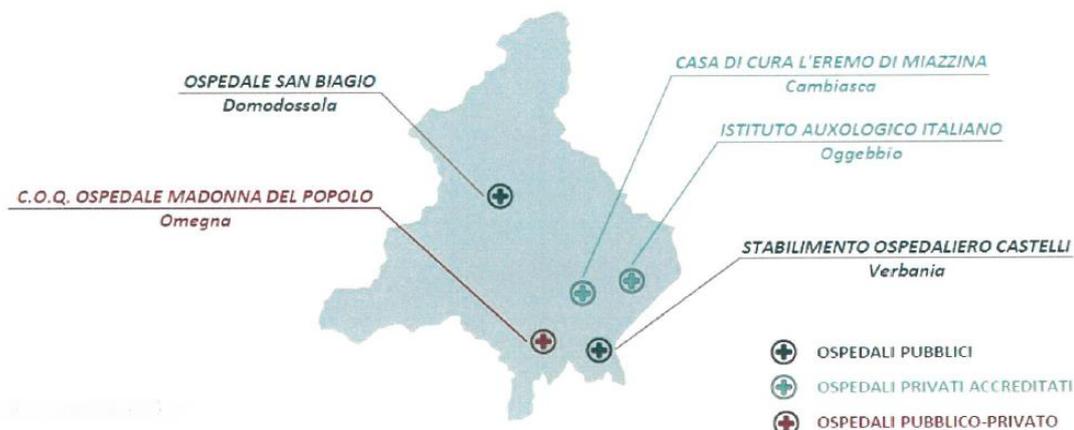
I posti letto – anno 2019

Il numero complessivo di posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati dell'area di pertinenza dell'ASL VCO rapportato ai residenti dell'ASL VCO è pari a 5,64 posti letto ogni 1.000 abitanti*, di cui 2,35 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti (inferiore allo *std* nazionale di 3pl/1000 abitanti) e 2,93 posti letto di riabilitazione ogni 1.000 abitanti (superiore allo *std* nazionale di 0,7 pl/1000 abitanti in quanto il bacino di riferimento è sovraziendale ed i posti letto sono tutti non pubblici).

Situazione dotazione posti letto ordinari

Nel 2022 l'assistenza ospedaliera nel territorio di competenza dell'ASL VCO era garantita attraverso 5 strutture ospedaliere: 2 Ospedali a gestione diretta dell'ASL, 2 strutture private accreditate ed 1 struttura a gestione condivisa pubblico-privata.

RETE OSPEDALIERA DELL'ASL VCO



*ai fini del calcolo sono stati esclusi i posti letto associati alle specialità "Libera professione/Pensionanti multi specialistico" e "Nido".

I posti letto ospedalieri (pubblici e privati accreditati) presenti nell'ASL VCO ammontavano complessivamente a 923 di cui 260 (pari al 28,2% del totale) in strutture pubbliche e 663 (pari al 71,8% del totale) in strutture private accreditate. In questo contesto di scarsità di risorse pubbliche strutturali, la presente proposta progettuale configura un lieve aumento della disponibilità di posti letto pubblici fino a un totale di 300 posti letto ordinari (di cui 150 in ciascun presidio da ristrutturare)

[Fonte: DB AGM e elaborazione AGM su dati Regione Piemonte: posti letto al 31/12/2019 e al 31/12/2021]

RETE OSPEDALIERA DELL'ASL VCO

Anno 2019

OSPEDALE	ACUTI	RIABILITAZIONE	LUNGODEGENZA	TOTALE
STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	129	-	-	129
OSPEDALE SAN BIAGIO	131*	-	-	131
SUBTOTALE OSP. PUBBLICI	260	-	-	260
C.O.Q. OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO	63	28	-	91
SUBTOTALE OSP. PUBBLICO-PRIVATO	63	28	-	91
CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	-	150	70	220
ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	70	282	-	352
SUBTOTALE OSP. PRIVATI	70	432	70	572
TOTALE	393	460	70	923

Anno 2022

OSPEDALE	ACUTI	RIABILITAZIONE	LUNGODEGENZA	TOTALE
STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	137	-	-	137
OSPEDALE SAN BIAGIO	124	-	-	124
SUBTOTALE OSP. PUBBLICI	261	-	-	261
C.O.Q. OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO	63	28	-	91
SUBTOTALE OSP. PUBBLICO-PRIVATO	63	28	-	91
CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	-	150	70	220
ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	70	282	-	352
SUBTOTALE OSP. PRIVATI	70	432	70	572
TOTALE	394	460	70	924

* Sono indicati 2 ulteriori posti di DH Oncologico ad Omegna, non considerati nel calcolo

**Dei 135 posti letto acuti dello Stabiliment Ospedaliero Catelli al 2022,11 sono posti COVID

*** Dei 125 posti letto acuti dell'Ospedale San Biagio al 2022, 4 sono posti COVID

L'attività di ricovero

Nel 2019 quale ultimo anno di benchmarking prima del periodo pandemico, gli ospedali pubblici e privati accreditati nel territorio di competenza dell'ASL VCO hanno generato la seguente attività:

RETE OSPEDALIERA DELL'ASL VCO							
OSPEDALE	PL TOT.	DIMESSI RO	GG DEG. RO	DEG. MEDIA RO	%TO PL RO	DIMESSI DH	ACCESSI DH
STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	129	5.340	38.628	7,2	82,0%	615	1.573
OSPEDALE SAN BIAGIO	131*	5.197	29.946	5,8	62,6%	970	1.382
SUBTOTALE OSP. PUBBLICI	260	10.537	68.574	6,5	72,3%	1.585	2.955
CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	220	1.217	49.079	40,3	61,1%	-	-
ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	352	6.151	116.783	19,0	90,9%	45	83
C.O.Q. OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO	91	4.090	18.474	4,5	55,6%	1804	3.310
SUBTOTALE OSP. PRIVATI	663	11.458	184.336	16,1	76,2%	1.849	3.393
TOTALE	923	21.995	252.910	11,5	75,1%	3.434	6.348

* Sono indicati 2 ulteriori posti di DH Oncologico ad Omegna, non considerati nel calcolo

Le strutture presenti registrano mediamente un tasso di occupazione dei reparti di degenza ordinaria pari al 75,1%, valore inferiore a quanto stabilito dal DM 70/2015 ("si considera efficiente un utilizzo medio dei posti letto compreso tra l'80% e il 90%"). La degenza media ordinaria degli ospedali è pari mediamente a 11,5 giorni e risulta superiore a quanto stabilito dal DM 70/2015 ("inferiore mediamente a 7 giorni").

[Fonte: DB AGM e elaborazione AGM su dati Regione Piemonte: posti letto al 31/12/2019 e al 31/12/2021]

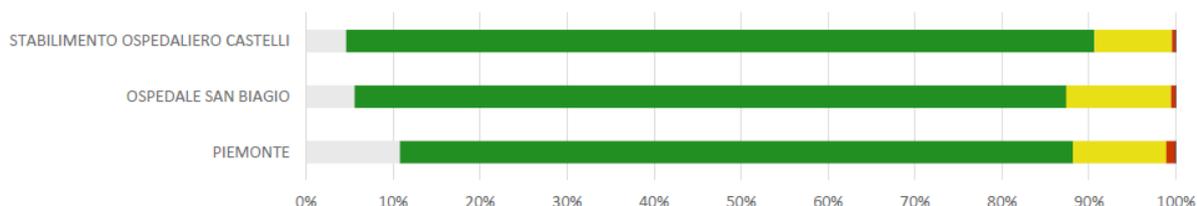
Reti di emergenza-urgenza

La rete ospedaliera per l'emergenza della Regione Piemonte è stata definita con la DGR 1-600/2014 e con la DGR 1-924/2015 e prevede, per l'ASL VCO, un DEA di I Livello e un Ospedale di Base con Pronto Soccorso a tutela della specificità del territorio.

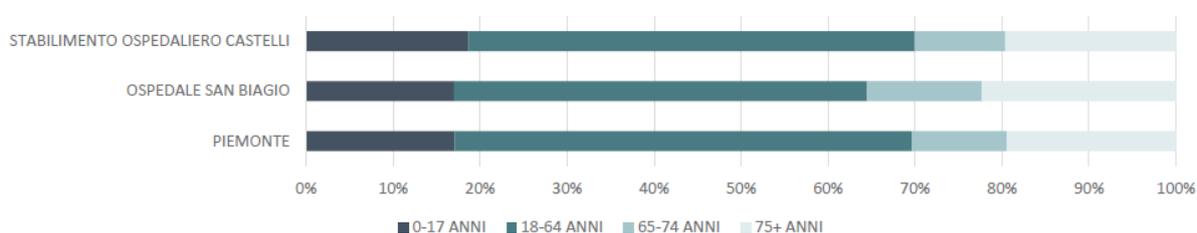
RETE DI EMERGENZA-URGENZA DELL'ASL VCO

OSPEDALE	LIVELLO PS	ACCESSI	% T.O. PS
STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	DEA I LIVELLO	34.712	9,5%
OSPEDALE SAN BIAGIO	DEA I LIVELLO	23.039	10,6%

DISTRIBUZIONE CODICE COLORE



DISTRIBUZIONE PER FASCIA D'ETÀ



Nel 2019 i presidi ospedalieri di Verbania e Domodossola, entrambi DEA di I livello, hanno registrato complessivamente 57.751 accessi che, rapportati alla popolazione residente, corrispondono a circa 351,5 accessi per 1.000 abitanti, valore superiore alla media regionale pari a 291 accessi per 1.000 abitanti nel 2019 e alla media nazionale pari a 340 accessi per 1.000 abitanti nel 2019.

Dall'analisi degli accessi registrati nel 2019 [il dato 2022 è lievemente inferiore- dati Asl VCO-flusso C2] nelle strutture dell'ASL VCO si evince che:

✓ Il tasso di ospedalizzazione dei presidi sede di un pronto soccorso/DEA dell'ASL VCO è mediamente pari al 10,0% (Secondo AGENAS 2022 il dato in Italia è pari al 13%, in Piemonte 11,71%).

Nel 2019 si registrano 34.712 accessi nel P.O. Castelli di Verbania e 23.039 accessi nell'Ospedale San Biagio di Domodossola. In entrambi i presidi, l'attività di pronto soccorso risponde per più del 90% alla richiesta di pazienti residenti nel territorio dell'ASL di interesse.

Mediamente circa il 92% della domanda di accessi al DEA dei residenti dell'ASL VCO all'interno della Regione Piemonte ha trovato risposta all'interno dei presidi dell'ASL. La restante domanda di accessi viene soddisfatta a quasi interamente dall'ASL di Novara e, in particolare, dal vicinior presidio ospedaliero di Borgomanero (circa 3.300 accessi sui 3.700 accessi richiesti all'ASL di Novara).

In periodo post pandemico si sta registrando un aumento progressivo degli accessi.

Per quanto riguarda le Reti tempo-dipendenti (cardiologica, traumatologica e Ictus) l'A.O.U. Maggiore della Carità di Novara ricopre il ruolo di HUB dell'Area Omogenea Piemonte Nord-Est. I presidi pubblici dell'ASL VCO condividono il ruolo di Spoke delle tre Reti. Nell'Area

Omogenea del Piemonte Nord Orientale, caratterizzata da complessità orografiche e logistiche già descritte, sono presenti:

✓ 4 servizi di Emodinamica, cioè uno ogni 208.000 abitanti circa, valore superiore al bacino minimo previsto dal DM 70/2015, pari a 1 ogni 300.000 abitanti;

✓ 5 Stroke Unit, cioè una ogni 166.000 abitanti circa.

[Fonte: DB AGM e elaborazione AGM su dati Regione Piemonte rettificati dall'ASL VCO.

Fonti: Il Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle reti tempo dipendenti - Rapporto 2021 Agenas].

Rete neonatologica e dei punti nascita dell'area Piemonte nord-est

L'A.O.U. Maggiore della Carità di Novara rappresenta l'HUB della Rete Neonatologica dell'Area Omogenea Piemonte Nord-Est ed è anche il Punto Nascita di Il livello (1.846 parti nel 2019).

In ASL VCO sono presenti due Punti Nascita, il Presidio Ospedaliero Castelli di Verbania e l'Ospedale San Biagio di Domodossola, cioè 1 Punto Nascita ogni 82.000 abitanti circa. Il P.O. di Domodossola (con 116 parti nel 2019) costituisce un Punto Nascita in deroga per zona disagiata, in quanto il volume di parti è inferiore ai 500 parti all'anno. Nel 2019 i punti nascita dell'ASL VCO hanno registrato complessivamente 588 parti che, rapportati alla popolazione residente, corrispondono a circa 3,6 parti per 1.000 abitanti, valore inferiore alla media regionale pari a 6,7 parti per 1.000 abitanti.

[Fonti: DB AGM e elaborazione AGM su dati Regione Piemonte rettifica dall'ASL VCO.

Fonti: DB AGM e elaborazione AGM su dati PNE 2019: «Taglio cesareo – Proporzioni parti con taglio primario cesareo»].

Rete oncologica dell'area Piemonte nord-est

Con la DGR 51-2485 del 23 novembre 2015, sono stati individuati i Centri HUB della rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta per le singole patologie tumorali a cui spetta l'erogazione del complesso delle prestazioni per il trattamento dei pazienti oncologici e il coordinamento dell'applicazione dei PDTA di area presso i Centri SPOKE.

La DGR divide il territorio piemontese e valdostano in zone di competenza.

La rete territoriale dell'Asl VCO

[*Popolazione anno 2022 Fonte: sito Regione Piemonte -Residenze sanitarie assistenziali-]

L'offerta di RSA registra un indice inferiore al valore obiettivo di 3,0 PL per 100 anziani. L'offerta per disabili registra un indice inferiore rispetto alla media regionale, pari a 9,1 PL per 10.000 residenti contro i 10,8 registrati nella Regione Piemonte. L'offerta assistenziale psichiatrica risulta essere inferiore rispetto alla media Piemontese; si registra, infatti, un indice di 0,40 PL ogni 1.000 residenti rispetto al valore regionale pari a 0,57. La Regione Piemonte si è posta l'obiettivo di realizzare 1 PL Hospice ogni 56 morti di tumore: tale valore risulta allineato nell'ASL VCO. La D.G.R. 21 settembre 2018 n. 30-7568 «Ridefinizione del fabbisogno dei posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria» (CAVS) definisce in 90 il fabbisogno di PL per l'ASL di VCO. Al 2019 i PL totali nel territorio d'interesse risultano essere 70 (rispettivamente 50 PL presso l'Eremo di Miazzina e 20 PL presso la Fondazione Sacra Famiglia).

Flussi di mobilità

La domanda di ricovero dei pazienti residenti, nell'ASL VCO trova risposta per il 67,5% nei presidi dell'ASL; in particolare il 48,3% della domanda è soddisfatto presso i presidi pubblici

presenti sul territorio di competenza dell'ASL VCO ed il restante 19,2% presso i presidi privati accreditati. Il restante 32,5% della domanda è soddisfatto invece, presso strutture al di fuori dell'ASL; in particolare il 17,4% nelle altre ASL della Regione, e il 15,4% al di fuori della regione Piemonte. L'analisi della produzione di ricoveri dei presidi afferenti al territorio di competenza dell'ASL di interesse evidenzia che complessivamente l'attività dei presidi risponde per il 62,6% alla domanda di ricovero dei pazienti residenti nell'ASL di interesse e registra una mobilità attiva per il restante 37,4 % dell'attività; in particolare il 23,8% dei ricoveri è erogato in mobilità attiva intra-regionale ed il 13,6% è erogato in mobilità attiva extra-regionale.

Mobilità passiva

Nel 2019 si contano 7.590 ricoveri erogati in regime di mobilità passiva (pari al 32,5% della domanda di ricoveri dei residenti dell'ASL VCO), per un totale di 33.929.340€ (pari al 40,0% del valore economico dei ricoveri erogati nei confronti dei residenti nell'ASL VCO). Il 53% circa dei ricoveri viene effettuato in mobilità passiva infra-regionale, principalmente presso strutture della provincia di Novara (77,0 %); il restante 47% viene erogato al di fuori della Regione Piemonte principalmente nella vicina Regione Lombardia. Si registra che il maggior numero di ricoveri, circa il 50,8%, erogati in mobilità passiva afferisce alle specialità di area chirurgica, in particolare per gli MDC del sistema muscoloscheletrico, del sistema cardiocircolatorio e del sistema nervoso. L'analisi dei flussi evidenzia che circa il 21% dei ricoveri in mobilità afferiscono a specialità non presenti nei presidi dell'ASL di interesse.

Mobilità attiva

Nel 2019 si contano 9.860 ricoveri erogati in regime di mobilità attiva (pari al 38,0% dei ricoveri totali erogati dai presidi che insistono sul territorio dell'ASL VCO), per un totale di 24.686.197 € (pari al 32,9% del valore economico dei ricoveri erogati dai presidi presenti sul territorio). Il 64% circa dei ricoveri viene effettuato in mobilità attiva extra regionale, principalmente presso strutture private accreditate (90,0 %); il restante 36% viene erogato in mobilità attiva intra regionale. Si registra che il maggior numero di ricoveri, circa il 74%, erogati in mobilità attiva afferisce alle specialità dell'area medica, in particolare per gli MDC endocrini, nutrizionali e metabolici, presso l'Istituto Auxologico. Confrontando i dati di mobilità attiva e passiva, ne consegue che il saldo mobilità è negativo e pari a -9,2€/anno. Analizzando i dati relativi alla sola mobilità extra-regionale attiva e passiva, il saldo è negativo pari a circa -500 K €.

1.b.7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale

In breve

- *Il processo di integrazione del SSR è da consolidarsi sul versante territoriale.*
- *Mentre il riordino della rete ospedaliera (ex DGR n. 1-600 del 2014) si è sostanzialmente compiuto, la riconfigurazione della rete territoriale (ex DGR n. 26-1653 del 2015) è in fase di evoluzione, a seguito PNRR, del DM 77/2022 e della DCR 257-25346 del 2022.*
- *Quella delle Case della Salute/Case della Comunità è una realtà in rapida espansione.*

- *Nel 2018 il Piemonte ha approvato il Piano Regionale Cronicità, che punta, fra il resto, alle cure Domiciliari; le Cure Domiciliari erano diminuite dal 2012 al 2018, mentre erano aumentate quelle a maggiore valenza sanitaria;*
 - *Il DM 77/2022 e la DCR 257-25346/2022 hanno previsto il potenziamento delle cure domiciliari e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) la realizzazione di strutture organizzative per la presa in carico dei soggetti anziani e fragili e l'ottimizzazione della continuità assistenziale: Casa della Comunità, Ospedale di Comunità e Centrale Operativa Territoriale*
-

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza a livello nazionale

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

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

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

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

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

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

Il riordino della rete territoriale in Piemonte

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

Il processo di integrazione trova maggiori difficoltà a consolidarsi sul versante territoriale. Qui i servizi sono più frammentati e la governance più complessa. Sul territorio sono presenti molteplici attività gestite da personale convenzionato (in primis cure primarie e attività specialistica ambulatoriale) e realtà private accreditate o in collaborazione con gli Enti Locali (strutture residenziali extra ospedaliere per anziani, disabili, salute mentale, minori, dipendenze, etc). In Piemonte la DGR n. 26-1653 del 2015 e la DCR 257-25346 del 20222 per il riordino della rete territoriale si sono prefisse di completare il ridisegno complessivo dell'offerta assistenziale già avviato con la rete ospedaliera, puntualizzando e definendo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Al riguardo l'obiettivo individuato dalla Missione Salute è quello di migliorarne l'efficienza e l'efficacia, grazie all'integrazione con i servizi ospedalieri da un lato e con quelli sociali

dall'altro, al fine di ottimizzare la capacità di risposta del sistema sanitario complessivo alle patologie croniche, da erogarsi ad un livello il più vicino possibile ai cittadini ed evitando impropri spostamenti verso gli ospedali.

Per le suddette finalità il PNRR ha previsto l'istituzione a livello distrettuale di strutture comunitarie accessibili nell'intero arco della giornata e prioritariamente destinate alla gestione dei percorsi di salute per le cronicità, grazie alle dotazioni tecnologiche di base per la diagnostica ed all'integrazione fra la medicina di famiglia (MMG/PLS) e le altre aree di attività sanitaria e socio-sanitaria, da quelle territoriali a quelle specialistiche ospedaliere e dell'emergenza-urgenza.

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

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

Secondo il DM 77/2022 e la DCR 257-25346 /2022 la Casa della Comunità è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Cure Domiciliari, nel modello erogativo regionale piemontese, sono suddivise in diverse tipologie di intervento quali: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Assistenza Domiciliare Integrata e Unità Operativa Cure Palliative (ADI+UOCP), Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), Servizio Riabilitativo Domiciliare relativo al Recupero e alla Riabilitazione Funzionale per gli adulti (SRD-RRF) e all'intervento della Neuropsichiatria Infantile (SRD-NPI) per i minori, nonché Lungoassistenza (LA), Prestazioni Infermieristiche Estemporanee (PIE).

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

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

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

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

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

1.c Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

1.c.1. Identificazione dei bisogni assistenziali

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

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

In considerazione dei dati di analisi della rete erogativa come sopraesposti, in coerenza con quanto già evidenziato nello studio AGM sopraindicato per il 2022, si evidenzia anzitutto che il quadro AS/IS della capacità produttiva attuale delle strutture ospedaliere viene rappresentata come mediamente efficiente, nella norma di funzionamento relativo agli standard di attività rilevati a livello nazionale e regionale, nonostante la sussistenza di vincoli strutturali e logistici importanti, come noti e derivanti dalla ormai risalente progettazione a strati plurimi realizzata nel tempo.

L'Azienda risulta quindi utilizzare in modo mediamente efficiente le risorse date, rispondendo alla domanda di prestazioni e servizi in relazione alle proprie dotazioni.

A margine non può non rappresentarsi come la dislocazione dei servizi su tre colonne ospedaliere, due presidi a gestione diretta e un presidio a gestione mista pubblico privato, sia stata una chiave di successo della gestione operativa nel recente periodo pandemico.

Dall'analisi consulenziale condotta, il contesto epidemiologico e anagrafico della popolazione risulterebbe in linea con i dati prospettici nazionali, in una ipotesi di scenario "medio" ed in un contesto dove la medicina territoriale (e per essa anche i posti letto di comunità e di continuità assistenziale) possa svolgere al meglio la propria funzione, viene valutato nel tempo diminuire la propria pressione sui servizi ospedalieri, potendosi in questo modo rimodulare il fabbisogno di posti letto certamente in aumento rispetto agli attuali, ma in un numero massimo complessivo inferiore di quanto previsto dalla DGR 1- 600/18 e ss.mm.ii., attualmente in vigore, di circa il 20%, attestandosi attorno ai 300 PL complessivi, anche in considerazione dello spostamento verso il setting ambulatoriale protetto di molte prestazioni sanitarie precedentemente erogabili solo in regime di degenza.

Tale previsione, accompagnata dalla realizzazione di struttura/e nuove, più efficienti e funzionalmente evolute, potrebbe consentire l'espansione sia qualitativa sia quantitativa dell'offerta diretta di servizi ospedalieri domandati già attualmente dalla popolazione, con un contenimento della domanda di risorse soprattutto professionali necessarie per assolverle. Tema, quest'ultimo, come noto di stringente attualità, il cui evolversi nel tempo/scenario non è ad oggi valutabile con sufficiente accuratezza stanti le variabili di natura sistemica/politica che lo sottendono e lo condizionano.

In assenza di una soluzione sostenibile di diversa collocazione delle strutture ospedaliere, per ragione di assenza di disponibilità in entrambi i casi di siti idonei, si determina di rigenerare completamente gli attuali siti ospedalieri, ampi e posti nell'ambito del tessuto urbano e quindi già dotati delle infrastrutture di supporto necessarie al funzionamento.

Considerata la disponibilità dei siti ad ospitare spazi tampone, si propone la realizzazione delle opere in fasi successive, con ridefinizione dell'occupazione e dei flussi gestionali.

Resta confermato che ad una verifica di progettualità operativa vadano riviste tutte le scelte allocative in funzione delle interconnessioni delle attività e del corretto dimensionamento delle stesse, oltre che delle scelte programmatiche eventualmente intervenienti.

2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

2.a Obiettivi del Programma

2.a.1 Analisi dei problemi e priorità

Il programma di rigenerazione delle strutture ospedaliere a gestione diretta di ASL VCO risponde ad un bisogno di potenziamento produttivo, a partire da un bisogno prioritario di messa a norma antincendio e antisismica delle strutture. In tale contesto di adeguamento normativo si coglie l'opportunità di aggiornare la dotazione strutturale e aumentare la capacity produttiva dei siti, al fine di reinternalizzare al massimo grado possibile parte delle

attività/prestazioni che costituiscono il fabbisogno medio della popolazione residente, contestualmente al completamento dell'aggiornamento tecnologico già perseguito in parte attraverso finanziamenti PNNR ed all'innovazione organizzativa di gestione delle cure per complessità delle stesse.

La programmazione operativa proposta risulta complessa per la definizione delle fasi operative e la necessità di porre attenzione alle eventuali interferenze con le attività in loco. Tuttavia allo stato non appaiono sussistere vincoli particolari di altra natura da tenere sotto attenzione.

La sequenza operativa di realizzazione delle opere proposta consente di:

- 1 garantire in ogni momento la continuità delle attività ospitate dai presidi;
- 2 anticipare al massimo grado la realizzazione del corpo tecnologico dell'emergenza urgenza, delle sale operatorie e del DEA (motore) -fase 2- consentendo di anticipare i benefici gestionali relativi;
- 3 definire gli spazi gestionali degli *outpatients* con accessi selettivi dall'esterno separati dagli accessi alle degenze, con spazi di raccordo ospedaliero e percorsi di transito pedonali semplificati;
- 4 efficientare dal punto di vista energetico e gestionale al massimo grado possibile allo stato dell'arte, con conseguenti diminuzioni dei costi di gestione;
- 5 ricollocare e riutilizzare l'intero parco tecnologico oggetto di rinnovo con acquisizioni nell'ambito del PNNR;
- 6 potenziamento della *capacity* di degenza con il passaggio dai 110 pl attuali a circa 150 pl in un involucro di dimensioni mq/pl minori.

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. Riqualficazione dei presidi ospedalieri: ricollocazione dei servizi attualmente erogati nei nuovi contesti strutturali, con adeguamento alla normativa di riferimento e con contemporanea ridefinizione dei percorsi di cura e di assistenza, in regime di *business continuity*
- S2. Adeguamento alle norme di sicurezza antincendio e antisismiche
- S3. Adeguamento a standard tecnologici allo stato dell'arte

- S4. Potenziamento dell'offerta sanitaria gestibile in funzione della disponibilità di risorse professionali specifiche disponibili

Obiettivi operativi

- O1. Riorganizzazione delle aree con logica dipartimentale in flusso per intensità e complessità delle cure
- O2. Realizzazione interventi di messa in sicurezza antincendio e antisismica
- O3. Aggiornamento del parco attrezzature e tecnologie e diffusione della digitalizzazione
- O4. Incremento dell'offerta di prestazioni e diminuzione della mobilità passiva per tipologia attività erogabili

2.a.3 Interventi progettuali

Il percorso progettuale comprende la completa ristrutturazione degli edifici ospedalieri esistenti attraverso la progressiva demolizione e ricostruzione in corpi tra loro connessi che permettono una suddivisione ottimale delle attività ed una flessibilità modulare come da indirizzi normativi per i nuovi Presidi Ospedalieri.

Trattasi di proposta di interventi di realizzazione di un percorso di completa rigenerazione degli edifici ospedalieri esistenti nel sito attuale, con garanzia di riprogettazione e rifunzionalizzazione completa dei percorsi dei pazienti e delle attività, con garanzia altresì della cosiddetta "business continuity" anche in corso di operatività dei cantieri, senza consumo di suolo e senza interferenza alcuna con attività di terzi in quanto le strutture insistono su terreni di proprietà e disponibilità dell'Azienda Sanitaria. Al termine dell'intervento si ritiene di restituire un sito ospedaliero ordinato e funzionalmente riprogettato, con aumento degli spazi di parcheggio interrato, recupero e messa a disposizione delle aree verdi e recupero conservativo degli edifici storici incidenti sulle aree, in linea con i principi di DNHS europei.

Le realizzazioni sono previste per fasi, al fine di salvaguardare l'attività ospedaliera dei P.O. per tutto il periodo di riqualificazione delle aree. Le fasi consentiranno di trasferire le attività sanitarie man mano che le nuove costruzioni verranno completate e allestite. Entrambi gli interventi saranno attuati con particolare attenzione al benessere ambientale oltre che alla funzionalità e alla sicurezza, verrà inoltre posta particolare attenzione alla distribuzione planivolumetrica degli spazi e al livello di benessere generale per pazienti e operatori. Al termine dell'intervento si prevede di sviluppare la risposta sanitaria del territorio del VCO con due presidi di primo livello (ex DM 70/2015) con caratterizzazione differenziata ed integrata per i due presidi ospedalieri di Domodossola e Verbania.

La riqualificazione dei due presidi ospedalieri si sviluppa nel contesto previsto dalla DGR 1 - 600/2014 e smi, e si fonda sulla necessità di garantire l'erogazione dei LEA e l'accessibilità ai servizi sanitari secondo criteri di equità, sicurezza ed appropriatezza. Inoltre, nella realizzazione dei complessi ospedalieri, verrà data particolare attenzione al risparmio energetico.

Al termine lavori le strutture avranno una superficie lorda di circa 30.000 mq e una dotazione di 150 posti letto di degenza per ciascun presidio, cui si aggiungono posti letto tecnici per tutte le attività di supporto.

Gli edifici storici esistenti, in quanto soggetti a vincolo, verranno mantenuti e ristrutturati ad uso complementare alle attività ospedaliere.

L'intero sito in entrambi i casi verrà riqualificato anche con la realizzazione di un giardino urbano. Nelle aree sotterranee verranno realizzate ampie aree di parcheggio.

2.a.4 Quadro economico finanziario dell'intervento

FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88			
INTERVENTI	IMPORTO STATO (95%)	IMPORTO REGIONE (5%)	TOTALE FINANZIAMENTO ART.20
Ristrutturazione Presidio Ospedaliero Castelli di Verbania (ASL VCO)	€ 95.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 100.000.000,00
Ristrutturazione Presidio Ospedaliero San Biagio di Domodossola (ASL VCO)	€ 95.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 100.000.000,00
IMPORTO COMPLESSIVO	€ 190.000.000,00	€ 10.000.000,00	€ 200.000.000,00

2.a.5 Offerta post-operam

In entrambi i casi, la realizzazione dell'intervento di rifacimento totale del P.O. comporterà il miglioramento dell'offerta di assistenza sanitaria per tutte le attività ospedaliere relative al territorio di tutta l'ASL VCO 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 della persona.

Non ultimo l'attenzione all'efficientamento energetico e all'umanizzazione ambientale potranno avere un impatto significativo sull'offerta sanitaria percepita in quanto:

- Al termine degli interventi proposti, l'offerta di servizi ospedalieri si configura come potenziata del 40% rispetto all'attuale e ottimizzata nelle sue componenti organizzative di gestione dei flussi e dei percorsi dei pazienti;
- La mobilità extraaziendale risulta recuperabile in misura conseguente alla disponibilità di risorse professionali specifiche. L'efficienza gestionale produttiva (P/C) ed economica (C/P) risultano migliorate.

2.b Coerenza interna della strategia

2.b.1 Relazione e complementarità tra le priorità

Gli interventi proposti risultano coerenti con una strategia distributiva di servizi e prestazioni sanitari di maggiore prossimità, posto un valore medio di complessità coerente con il fabbisogno della popolazione di riferimento ed esclusi i servizi/prestazioni comunque non erogabili

per la caratterizzazione ed il posizionamento dei presidi nell'ambito della rete ospedaliera piemontese.

La *business continuity* costituisce elemento costante sine qua non del progetto.

La priorità 1) rappresenta una sostanziale riproduzione dello status quo erogativo.

La priorità 2) di potenziamento produttivo rappresenta un obiettivo di miglioramento perseguibile in funzione delle risorse professionali disponibili

2.b.2. Analisi dei rischi

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

Il fine 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 strutturale, non solo rispetto all'affidabilità delle previsioni riferite 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 allineate poiché ciascun ospedale interpreta attualmente il ruolo previsto ed il numero dei posti letto presenti negli ospedali pubblici.

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 vigenti. 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 rimodulazione della rete ospedaliera mediante l'innovazione dell'esistente, come proposta nel presente intervento, inoltre, accompagnando interventi riorganizzativi già in atto nell'ambito delle attività con logiche di snellimento ed efficientamento organizzativo e revisione dei processi e dei percorsi, permetterà 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 attrattività e fiducia (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, in piena integrazione con i soggetti presenti sul territorio.

Nel caso dell'adeguamento proposto 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, le congiunture epidemiologiche ed i picchi di attività, anche correlati alla caratterizzazione di polo turistico del territorio di riferimento.

Il criterio della flessibilità permette di garantire condizioni di sostenibilità sia in condizioni ordinarie, sia in condizioni straordinarie, a maggior ragione a seguito dell'esperienza pandemica e alla intervenuta riprogrammazione delle attività territoriali successive alla stessa. Il perseguimento di innovazione ed adeguamento tecnologico e strutturale consentirà un uso più razionale ed efficiente delle risorse disponibili e il recupero dell'obsolescenza consentirà di superare gli attuali limiti prestazionali.

In conseguenza della definizione di caratteristiche di resilienza e flessibilità strutturale ricercate nella progettazione proposta, in ogni caso, si ottiene altresì la capacità degli interventi progettati di adattarsi ad eventuali revisioni strategiche parziali o totali della rete ospedaliera locale anche successive, visto l'orizzonte temporale di lungo periodo in cui necessariamente detti interventi devono essere collocati quanto all'utilizzo delle strutture realizzate.

Non ultimo, la proposizione di interventi di radicale rigenerazione dei siti ospedalieri restituisce in entrambi i casi siti urbani riqualificati, a maggior grado di sostenibilità ambientale, coerente con le politiche DNHS europee.

Punti di debolezza (*Weakness*)

L'intervento di cui al presente Accordo di Programma si compie nel medio-lungo 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 minimizzando il rischio del basso rendimento degli investimenti che eventualmente si rendessero necessari a fronte di bisogni indifferibili.

La realizzazione degli interventi di cui al presente Documento programmatico e riferita ai tre assi di intervento (innovazione, adeguamento ed accessibilità) richiede considerevole impegno nella programmazione operativa e forte governance delle fasi attuative. Occorrerà 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.

L'intervento, pur garantendo caratteristiche di adattabilità e resilienza delle nuove strutture, deve essere coordinato con le altre progettualità che la Regione Piemonte e le sue Aziende

Sanitarie intraprendessero per il riordino della rete ospedaliera o della rete territoriale in modo che, per lo meno, rispetto al medio periodo, venga restituito un disegno unitario e complessivo di trasformazione che non renda necessaria la revisione degli obiettivi inizialmente fissati.

Opportunità (*Opportunity*)

Con gli interventi proposti si promuove la 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.

Si promuove inoltre 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, segnatamente in ambito post pandemico.

Si definisce un *setting* erogativo capace di consentire la sperimentazione di 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 in un contesto tecnologico e scientifico in veloce evoluzione.

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

3.a. Coerenza con la programmazione settoriale e intersettoriale

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

Il Documento Strategico Unitario (DSU) regionale, "Piemonte cuore d'Europa. Diamo forma al futuro. Nuova programmazione europea 2021-2027" del febbraio 2021, pur essendo incentrato soprattutto sui Fondi strutturali europei, tiene anche conto degli strumenti

altrettanto straordinari che si stanno predisponendo per rilanciare l'Europa a seguito dell'emergenza sanitaria in corso.

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

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

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

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

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

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

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

Le Linee di indirizzo del FSE, richiamate nel DSU, evidenziano come necessari un'attenta regia e attuazione sinergica dei vari strumenti e fondi, ordinari e straordinari, nazionali ed europei, che sono e saranno disponibili, con quattro obiettivi fondamentali: lo sviluppo della rete territoriale sinora carente, il rinnovamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, il rafforzamento del personale e la realizzazione di un sistema informativo integrato socio-sanitario. Azioni necessarie ancor più dopo il forte impatto della pandemia di COVID-19, che ha evidenziato la carenza in questi ambiti e che non si sta mostrando prossima all'esaurimento,

ma probabilmente connoterà ancora per lungo tempo lo scenario sanitario e sociale a scala globale e locale, pur con forme ed esiti diversi. In relazione a tale assunto, l'impulso alla formazione sanitaria è da considerarsi strategico e fortemente raccomandato.

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

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

Il presente programma e gli interventi previsti sono coerenti con le linee della programmazione sanitaria nazionale e regionale, con riferimento in particolare, per quanto concerne la programmazione regionale alla D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.

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

A livello di indirizzi regionali, a partire dal Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR 2012-2015) e in tutti gli interventi normativi successivi relativi alla programmazione della rete ospedaliera del Piemonte si è ribadito che il modello di ospedale deve configurarsi come componente di un sistema di assistenza, complesso e integrato, che 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* e 0.c - *Sintesi del raccordo con il passato*, nei quali viene chiarita la situazione attuale dei finanziamenti art.20 della L. 67/88.

In particolare si evidenzia che con l'Accordo di Programma che sarà sottoscritto a seguito del presente Documento Programmatico, alla luce di quanto indicato dall'art.1, c. 555, legge 30.12.2018, n. 145, si prevede una quota di finanziamento statale pari ad euro 190.000.000,00.

3.b Sostenibilità degli interventi

Mediante i finanziamenti richiesti e con la programmazione operativa proposta gli interventi sono ritenuti realizzabili nei tempi previsti.

3.b.1 Analisi delle condizioni generali

Non sono richieste particolari condizioni operative per la realizzazione progettuale.

L'Azienda dispone di professionalità tecniche ed amministrative competenti, al netto della capacità progettuale specifica e di realizzazione operativa che viene richiesta al soggetto economico da individuarsi nell'ambito della idonea procedura proposta.

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

Poiché l'intervento oggetto del presente Documento relativo al Ristrutturazione dei due presidi verrà realizzato mediante procedure tipiche del codice dei contratti, 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 Stazione Appaltante per far fronte a eventuali maggiori oneri determinati da incrementi dei costi, sopraggiunte esigenze o complessità di esecuzione, nonché per gli adeguamenti tecnologici che nel frattempo si fossero resi necessari.

3.b.3 Fattibilità amministrativa e gestionale

La modalità realizzativa prevista è quella dell'appalto integrato ai sensi del Nuovo Codice degli Appalti D.Lgs n.36/2023; potranno eventualmente essere valutate le opportunità offerte dall'affidamento di servizi globali previsti dal medesimo Codice di recente innovazione.

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 VCO che è identificata, in funzione della formula procedurale scelta, o direttamente o in forma delegata come stazione appaltante con Responsabile Unico del Procedimento interno e con il coordinamento generale della Regione Piemonte.

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. n.36/2023, compresa la produzione ANAC.

Poiché il fattore tempo è determinante nella realizzazione degli interventi, la stazione appaltante dovrà prestare particolare cura nella selezione del soggetto affidatario per assicurare affidabilità e competenza sia nella fase di progettazione che in quella di esecuzione operativa del/dei progetti e assenza di conflittualità operative tra i soggetti coinvolti.

3.b.4 Sostenibilità di risorse umane

Al netto di una congiuntura negativa relativa alla carenza di disponibilità di risorse professionali di profilo medico di talune discipline mediche e sanitarie, comune alla pressoché totalità delle aziende sanitarie italiane nei mesi in cui si scrive, le opere proposte, garantendo una rifunzionalizzazione delle strutture e dei percorsi, sono attese generare un efficientamento dell'uso delle risorse professionali in generale.

La disponibilità di un maggiore spazio di degenza potrà essere utilizzata ove sussistano le condizioni di sostenibilità professionale, che al momento della consegna dei lavori potrebbe avere superato il suo picco di criticità attuale. 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.

3.b.5 Sostenibilità ambientale

L'impatto ambientale dei nuovi edifici riprogettati e realizzati secondo la logica del DNHS, restituirà alle città ospitanti spazi urbani rigenerati e più verdi degli attuali. Inoltre, la riprogettazione delle attività su logiche di ampio uso della telemedicina e tecnologia digitale potranno limitare gli spostamenti dei pazienti sia in caso di ricovero che in caso di trattamenti ambulatoriali o diurni, con un impatto virtuoso in termini di CO2 annualmente emessa.

ASL VCO ha già aderito ad un progetto di logistica di area vasta, con conseguente riduzione di spazi non sanitari di stoccaggio e trattamento dei beni.

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 del contorno urbanistico dei Presidi Ospedalieri garantendo anzi migliorando i percorsi già esistenti per l'accesso alle attuali strutture ospedaliere.

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 comportamenti che dalle dotazioni strutturali e tecnologiche. Saranno poste in essere azioni di sensibilizzazione dei fruitori sulle corrette modalità di utilizzo delle nuove strutture 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. Le strutture ospedaliere da realizzare, oltre a garantire la cura dell'acuzie si propongono come parte attiva di percorsi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie, proponendo attenzione ad ambiti non meramente sanitari (salute e cultura, salute e ambiente).

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

L'intervento oltre ad assicurare la *mission* di garanzia della cura e di gestione del percorso dalla prevenzione alla riabilitazione, intende inserirsi all'interno della rete formativa universitaria sia di laurea che post laurea, mediante la stipula di apposite convenzioni con le istituzioni universitarie, ai sensi della vigente normativa.

4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

4.a Sistema di indicatori

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

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

4.a.1 Indicatori di contesto

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

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

4.a.2 Indicatori di Programma

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

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

Indicatori di risorse

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

IP1 - Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento

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

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

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

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

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

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

Indicatori di realizzazione

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

IP3 - Stato di avanzamento effettivo dell'intervento

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

Quantità lavori eseguiti / Quantità totale lavori in progetto

La quantità dei lavori eseguiti, considerata come la somma 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:

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 [€/p.l.]

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

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

4.a.4 Definizione del sistema di indicatori

Il sistema degli indicatori previsti per il monitoraggio del presente programma di investimento, descritto ai precedenti paragrafi, è riassunto nella tabella seguente.

Tipo/ sottotipo	Codice	Indicatore
INDICATORI DI CONTESTO	---	<i>Atlante Sanitario del Piemonte</i>
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
	IP3	Stato di avanzamento effettivo dell'intervento
Indicatori di realizzazione	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
	IE2	Indice di avanzamento del programma
Indicatori di efficacia	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
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 Riqualificazione dei presidi ospedalieri: ricollocazione dei servizi attualmente erogati nei nuovi contesti strutturali, con adeguamento alla normativa di riferimento e con contemporanea ridefinizione dei percorsi di cura e di assistenza, in regime di <i>business continuity</i>	O1 Riorganizzazione delle aree con logica dipartimentale in flusso per intensità e complessità delle cure	IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6, IP7, IP8, IE1, IE2, IE3, IE4, IE5, IE6, IE7, IE8, IE9
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	S2 Adeguamento alle norme di sicurezza antincendio e antisismiche	O2 Realizzazione interventi di messa in sicurezza antincendio e antisismica	IP1, IP3, IP5, IE1, IE3, IE5, IE6, IE8
		S3 Adeguamento a standard tecnologici allo stato dell'arte	O3 Aggiornamento del parco attrezzature e tecnologie e diffusione della digitalizzazione	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IE1, IE3, IE5, IE6, IE7

		OBIETTIVI SPECIFICI		OBIETTIVI OPERATIVI		INDICATORI	
	sistema;	S4	Potenziamento dell'offerta sanitaria gestibile in funzione della disponibilità di risorse professionali specifiche disponibili	04	Incremento dell'offerta di prestazioni e diminuzione della mobilità passiva per tipologia attività erogabili	IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6, IP7, IP8, IE1, IE2, IE3, IE4, IE5, IE6, IE7, IE8, IE9	

4.a.5 Fonti di verifica

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

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

4.b Impatti del Programma

4.b.1 Accettabilità sociale del Programma

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

Il programma in oggetto presenta residue 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, configurando un lieve aumento della disponibilità di posti letto pubblici fino a un totale di 300 posti letto ordinari (di cui 150 in ciascun presidio da ristrutturare).

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.

Gli atti regionali che riguardano l'HTA sono citati nei paragrafi precedenti.

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 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 contemplata dal presente Accordo deriva 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 stati coinvolti i diversi soggetti che a vario titolo sono interessati nella realizzazione dello stesso, 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 di appalto ritenute più opportune dalla Stazione Appaltante, nel rispetto da quanto previsto dal D.Lgs. 36/2023 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. Tale sistema informatizzato è attualmente in fase attiva di revisione e miglioramento.

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. Tale sistema informatizzato è attualmente in fase attiva di revisione e miglioramento.

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, nonché quanto definito dall'art. 1 c. 310 della L. 266/2005 e s.m.i.

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

La Regione provvede a richiedere al Ministero competente l'ammissione al finanziamento. L'aggiudicazione dell'appalto deve avvenire entro 18 mesi dalla data di invio all'Azienda Sanitaria, del Decreto Ministeriale di ammissione al finanziamento, così come previsto dalla D.G.R. 6-9557 del 09.09.2008 di recepimento dell'Accordo sancito il 28.02.2008 dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, pena la revoca del finanziamento da parte del Ministero competente.

All'avvenuta aggiudicazione 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	<p>G1. Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione</p> <p>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</p>	<p>IP1 - Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento</p> <p>IP2 - Grado di utilizzazione effettivo delle risorse del programma totale degli investimenti</p> <p>IP3 - Stato di avanzamento effettivo dell'intervento</p> <p>IP4 - Stato di avanzamento effettivo del programma</p> <p>IP5 – Tempi effettivi di realizzazione dell'intervento</p> <p>IP6 – Tempi effettivi di realizzazione del programma:</p> <p>IP.7 –Attivazione posti letto</p> <p>IP.8 –Attivazione sale operatorie</p> <p>IE.1 – Indice di avanzamento dell'intervento</p>	<p>Indicazioni programmatiche nazionali e regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provvedimenti programmatori specifici nazionali e regionali <p>Strumenti di monitoraggio e banche dati regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica diretta o tramite ASR • Flussi informativi Ministeriali • Flussi informativi regionali Edisan • Flusso informativo per tecnologie biomediche FITeB 	<p>Coordinamento azioni dei diversi soggetti coinvolti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regione Piemonte • ASL VCO
Obiettivi specifici	<p>S1. Ristrutturazione dei presidi ospedalieri: ricollocazione dei servizi attualmente erogati nei nuovi contesti strutturali, con adeguamento alla normativa di riferimento e con contemporanea ridefinizione dei percorsi di cura e di assistenza, in regime di business continuity</p> <p>S2. Adeguamento alle norme di sicurezza antincendio e antisismiche</p> <p>S3. Adeguamento a standard tecnologici allo stato dell'arte</p> <p>S4. Potenziamento dell'offerta sanitaria gestibile in funzione della disponibilità di risorse professionali specifiche disponibili</p>	<p>IE.2 – Indice di avanzamento del programma</p> <p>IE.3 – rispetto dei tempi di realizzazione dell'intervento</p> <p>IE.4 – rispetto dei tempi di realizzazione del programma</p> <p>IE.5 – Indice di attivazione posti letto</p> <p>IE.6 – Indice di attivazione sale operatorie</p>		

Logica di intervento		Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di Verifica	Condizioni
Obiettivi Operativi	<p>O1. Riorganizzazione delle aree con logica dipartimentale in flusso per intensità e complessità delle cure</p> <p>O2. Realizzazione interventi di messa in sicurezza antincendio e antisismica</p> <p>O3. Aggiornamento del parco attrezzature e tecnologie e diffusione della digitalizzazione</p> <p>O4. Incremento dell'offerta di prestazioni e diminuzione della mobilità passiva per tipologia attività erogabili</p>	<p>IE.7 – Indice di ammodernamento apparecchiature</p> <p>IE.8 – Costo unitario di costruzione [€/mq].</p> <p>IE.9 – Costo di realizzazione posto letto [€/p.l.]</p>		
Interventi	<p>I1. "Ristrutturazione Presidio Ospedaliero Castelli di Verbania</p> <p>I2. "Ristrutturazione Presidio Ospedaliero San Biagio di Domodossola"</p>			

Analisi S.W.O.T.

<p><u>MINACCE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incertezza degli scenari di programmazione per standard operativi ed assistenziali in revisione - Complessità operative e durata della programmazione 	<p><u>FORZE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aderenza alle norme di programmazione sanitaria - Efficientamento organizzativo e gestionale - Appropriatelyzza accessi ospedalieri - Resilienza vs. congiunture epidemiologiche - Recupero mobilità passiva - Compatibilità ambientale
<p><u>DEBOLEZZE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Durata di medio lungo periodo degli interventi - Programmazione operativa per fasi complessa 	<p><u>OPPORTUNITÀ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilità del sito e assenza di interferenze con soggetti terzi - Riconfigurazione dei percorsi e dei setting assistenziali - Integrazione con i percorsi di cura - Assenza di costi di dotazioni infrastrutturali a supporto

Obiettivi / Indicatori / Interventi

		OBIETTIVI SPECIFICI		OBIETTIVI OPERATIVI		INDICATORI	
G1	Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione.	S1	Ristrutturazione dei presidi ospedalieri: ricollocazione dei servizi attualmente erogati nei nuovi contesti strutturali, con adeguamento alla normativa di riferimento e con contemporanea ridefinizione dei percorsi di cura e di assistenza, in regime di <i>business continuity</i>	O1	Riorganizzazione delle aree con logica dipartimentale in flusso per intensità e complessità delle cure	IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6, IP7, IP8, IE1, IE2, IE3, IE4, IE5, IE6, IE7, IE8, IE9	
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	Adeguamento alle norme di sicurezza antincendio e antisismiche	O2	Realizzazione interventi di messa in sicurezza antincendio e antisismica	IP1, IP3, IP5, IE1, IE3, IE5, IE6, IE8	
		S3	Adeguamento a standard tecnologici allo stato dell'arte	O3	Aggiornamento del parco attrezzature e tecnologie e diffusione della digitalizzazione	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IE1, IE3, IE5, IE6, IE7	
		S4	Potenziamento dell'offerta sanitaria gestibile in funzione della disponibilità di risorse professionali specifiche disponibili	O4	Incremento dell'offerta di prestazioni e diminuzione della mobilità passiva per tipologia attività erogabili	IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6, IP7, IP8, IE1, IE2, IE3, IE4, IE5, IE6, IE7, IE8, IE9	

Quadro finanziario contenuto nella proposta di AdP

FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88 – INTERVENTI PREVISTI			
INTERVENTI	IMPORTO STATO (95%)	IMPORTO REGIONE (5%)	TOTALE FINANZIAMENTO ART.20
Ristrutturazione Presidio Ospedaliero Castelli di Verbania (ASL VCO)	€ 95.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 100.000.000,00
Ristrutturazione Presidio Ospedaliero San Biagio di Domodossola (ASL VCO)	€ 95.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 100.000.000,00
IMPORTO COMPLESSIVO	€ 190.000.000,00	€ 10.000.000,00	€ 200.000.000,00

Verifica dell'analisi di contesto

	Presenza assenza	Evidenziazione di particolari fenomeni
A.1 Quadro demografico della Regione	P	Si veda paragrafo 1.b.1 (Quadro demografico)
A.2 Quadro epidemiologico della Regione	P	Si veda paragrafo 1.b.2 (Quadro epidemiologico)
A.3 Quadro della mobilità passiva intra ed extra regionale	P	Si veda paragrafo 1.b.5 (Quadro della mobilità attiva e passiva)
A.4 Analisi della domanda di prestazioni sanitarie	P	Si veda paragrafo 1.b.4 (Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso)
A.5 Analisi dell'offerta	P	Si veda paragrafo 1.b.6 (Offerta ante operam)
A.6 Criticità di accesso e dei percorsi diagnostici-terapeutici	P	Si veda paragrafo 1.b.4 (Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso)

Analisi dell'offerta attuale

	DATO REGIONALE	STANDARD NAZIONALE	NOTE
Numero Posti letto per acuti per 1000 abitanti Pubblici privati	2,67	3	
Numero Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti Pubblici privati	0,95	0,7	
Tasso di ospedalizzazione per acuti per 1000 abitanti	116/1.000	160/1.000	
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			

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						
Ristrutturazione	2	2				
Ristrutturazione Restauro						
Manutenzione						
Completamento						
TOTALE	2	2				

Fabbisogno finanziario per Obiettivi

OBIETTIVO SPECIFICO	N° INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Ristrutturazione e Presidio Ospedaliero Castelli di Verbania (ASL VCO)	1	€ 95.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ -	€ 100.000.000,00	50
Ristrutturazione e Presidio Ospedaliero San Biagio di Domodossola (ASL VCO)	1	€ 95.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ -	€ 100.000.000,00	50
Totale	2	€ 190.000.000,00	€ 10.000.000,00	€ -	€ 200.000.000,00	100

Fabbisogno finanziario per Categorie

	N° INTERVENTI PER CATEGORIE	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Ospedali	2	€ 190.000.000,00	€ 10.000.000,00	€ -	€ 200.000.000,00	100
Assistenza territoriale						
Assistenza residenziale						
Sistemi informatici						
Apparecchiature						
Altro						
Totale	2	€ 190.000.000,00	€ 10.000.000,00	€ -	€ 200.000.000,00	100

Fabbisogno finanziario per Tipologie di intervento

	N° INTERVENTI PER TIPOLOGIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
a Nuova costruzione						
B) Ristrutturazione	2	€ 190.000.000,00	€ 10.000.000,00	€ -	€ 200.000.000,00	100
b Restauro						
c Manutenzione						
d Completamento						
e Acquisto di Immobili						
f Acquisto di attrezzature						

ALLEGATO 2 – SCHEDE TECNICHE

REGIONE PIEMONTE DIREZIONE SANITA' SETTORE POLITICHE DEGLI INVESTIMENTI	Azienda Sanitaria Regionale:
	ASL VCO
SCHEDA TECNICA INTERVENTO N°1	
Titolo Intervento:	RISTRUTTURAZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO "CASTELLI" DI VERBANIA
Descrizione Intervento:	L'intervento consiste nel rifacimento del Presidio Ospedaliero costruendo i nuovi padiglioni e demolendo i vecchi in fasi alternate per garantire il costante funzionamento del P.O. con livelli sanitari accettabili, trasferendo le attività ospedaliere dal vecchio al nuovo nelle fasi transitorie sino alla fase finale di un nuovo Presidio Ospedaliero sul sito del vecchio senza consumo di nuovo territorio
Tipo Intervento:	RISTRUTTURAZIONE
Categoria:	SANITÀ
Stato di Progettazione:	STUDIO DI FATTIBILITÀ TECNICA ECONOMICA in corso
Progetto Appaltabile	DA PERFEZIONARE
Stazione Appaltante:	ASL VCO
Sede di erogazione:	VERBANIA
Localizzazione:	Via CROCETTA
Data Inizio Lavori:	Presunta SETTEMBRE 2025
Data Fine Lavori:	Presunta AGOSTO 2033
Data di Aggiudicazione prevista:	Presunta MARZO 2025
Data prevista per l'attivazione:	Presunta OTTOBRE 2033
Tempo Previsto per la Durata Lavori:	ANNI 8 LAVORO A FASI
Tempo Previsto per l'attivazione	ANNI 8
Codice CUP:	B55F230004440003
Soggetto Responsabile:	Direttore Generale dr:ssa CHIARA SERPIERI
Costo Complessivo dell'intervento:	€. 100.000.000,00
di cui finanziamento statale:	€. 95.000.000,00
di cui finanziamento regionale:	€. 5.000.000,00
Importo finanziamenti pregressi:	
Posti letto:	150 posti letto ordinari, 68 posti letto tecnici
Superficie lorda interessata:	29.468 metri quadri
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:	ing. MARIO MATTALIA
IL REFERENTE PER LA COMPILAZIONE:	ing. MARIO MATTALIA

REGIONE PIEMONTE DIREZIONE SANITA' SETTORE POLITICHE DEGLI INVESTIMENTI	Azienda Sanitaria Regionale:
	ASL VCO
SCHEDA TECNICA INTERVENTO N°2	
Titolo Intervento:	RISTRUTTURAZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN BIAGIO" DI DOMODOSSOLA
Descrizione Intervento:	L'intervento consiste nel rifacimento del Presidio Ospedaliero costruendo i nuovi padiglioni e demolendo i vecchi in fasi alternate per garantire il costante funzionamento del P.O. con livelli sanitari accettabili, trasferendo le attività ospedaliere dal vecchio al nuovo nelle fasi transitorie sino alla fase finale di un nuovo Presidio Ospedaliero sul sito del vecchio senza consumo di nuovo territorio
Tipo Intervento:	RISTRUTTURAZIONE
Categoria:	SANITÀ
Stato di Progettazione:	STUDIO DI FATTIBILITÀ TECNICA ECONOMICA in corso
Progetto Appaltabile	DA PERFEZIONARE
Stazione Appaltante:	ASL VCO
Sede di erogazione:	DOMODOSSOLA
Localizzazione:	Piazza VITTIME LAGER NAZISTI
Data Inizio Lavori:	Presunta SETTEMBRE 2025
Data Fine Lavori:	Presunta AGOSTO 2031
Data di Aggiudicazione prevista:	Presunta MARZO 2025
Data prevista per l'attivazione:	Presunta SETTEMBRE 2031
Tempo Previsto per la Durata Lavori:	ANNI 6 LAVORO A FASI
Tempo Previsto per l'attivazione	ANNI 6
Codice CUP:	B65F23000420003
Soggetto Responsabile:	Direttore Generale dr:ssa CHIARA SERPIERI
Costo Complessivo dell'intervento:	€. 100.000.000,00
di cui finanziamento statale:	€. 95.000.000,00
di cui finanziamento regionale:	€. 5.000.000,00
Importo finanziamenti pregressi:	
Posti letto:	150 posti letto ordinari, 54 posti letto tecnici
Superficie lorda interessata:	29.291 metri quadri
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:	ing. MARIO MATTALIA
IL REFERENTE PER LA COMPILAZIONE:	ing. MARIO MATTALIA