



MINISTERO DELLA SALUTE



**DOCUMENTO PROGRAMMATICO SUGLI INVESTIMENTI
STRAORDINARI
PER L'AMMODERNAMENTO STRUTTURALE, TECNOLOGICO ED
ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE
PIEMONTE**

**PARCO DELLA SALUTE, DELLA RICERCA E
DELL'INNOVAZIONE DI TORINO**

FEBBRAIO 2017

AGGIORNAMENTO LUGLIO 2017

INDICE

0.	RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA.....	4
0.a.	Identificazione dell'Accordo	4
0.b.	Quadro finanziario	4
0.c.	Sintesi del raccordo con il passato.....	7
0.d.	Definizione degli obiettivi dell'A.d.P.	8
0.e.	Sintesi della coerenza interna.....	9
0.f.	Sintesi delle coerenze esterne	14
0.g.	Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale.....	16
1.	ANALISI SOCIO-SANITARIA ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	19
1.a.	il contesto internazionale e nazionale.....	19
1.b.	La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono	23
1.b.1.	Quadro epidemiologico.....	23
1.b.2.	Quadro demografico	27
1.b.3.	Quadro socio-economico.....	28
1.b.4.	Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso	29
1.b.5.	Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale).....	33
1.b.6.	Offerta ante operam	35
1.b.7.	Analisi e valutazione della continuità assistenziale	51
1.c.	Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati	51
1.c.1.	Identificazione dei bisogni assistenziali	54
1.c.2.	Descrizione della strategia	54
2.	LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	58
2.a.	Obiettivi del Programma	58
2.a.1.	Analisi dei problemi e priorità	63
2.a.2.	La catena degli obiettivi	64
2.a.3.	Interventi progettuali	65
2.a.4.	Parco della Salute della Ricerca e dell'Innovazione	66
2.a.5.	Quadro economico finanziario dell'intervento	68
2.a.6.	Offerta post-operam	71
2.b.	Coerenza interna della strategia	71
2.b.1.	Relazione e complementarità tra le priorità	71
2.b.2.	Analisi dei rischi.....	79
3.	COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE	81
3.a.	Coerenza con la programmazione settoriale e intersettoriale.....	81
3.a.1.	Coerenza con le priorità della Programmazione 2014-2020	81
3.a.2.	Coerenza con gli strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale	84
3.b.	Sostenibilità degli interventi.....	86
3.b.1.	Analisi delle condizioni	86
3.b.2.	Sostenibilità economica e finanziaria	87
3.b.3.	Sostenibilità amministrativa e gestionale	88
3.b.4.	Sostenibilità di risorse umane	88
3.b.5.	Sostenibilità ambientale.....	88
3.b.6.	Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche	90
4.	RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	91
4.a.	Sistema di indicatori.....	91
4.a.1.	Indicatori di contesto	91
4.a.2.	Indicatori di Programma	92
4.a.3.	Indicatori di Efficacia ed Efficienza	94
4.a.4.	Definizione del sistema di indicatori.....	96
4.a.5.	Fonti di verifica.....	97
4.b.	Impatti del Programma.....	98
4.b.1.	Accettabilità sociale del Programma.....	98
4.b.2.	Valore aggiunto del programma	98
4.b.3.	Health Technology Assessment.....	99
5.	SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	100
5.a.	Presupposti e sistemi di gestione del programma.....	100

5.a.1.	<i>Presupposti organizzativi e finanziari</i>	100
5.a.2.	<i>Presupposti economici e sociali</i>	100
5.a.3.	<i>Qualità e intensità delle relazioni con il partenariato</i>	100
5.b.	<i>Sistemi di monitoraggio del Programma</i>	101
5.c.	<i>Sistema di monitoraggio degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie</i>	103
5.c.1.	<i>Programmazione degli interventi</i>	105
5.c.2.	<i>Attuazione e gestione degli interventi finanziati</i>	105
5.c.3.	<i>Monitoraggio attuazione degli interventi finanziati</i>	108
	ALLEGATO 1 – SCHEDE DI RIFERIMENTO.....	109
	<i>Matrice del quadro logico</i>	109
	<i>Analisi S.W.O.T.</i>	110
	<i>Obiettivi / Indicatori / Interventi</i>	110
	<i>Sintesi delle informazioni per autovalutazione</i>	111
	<i>Correlazione dell'Adp con atti di programmazione regionale</i>	111
	<i>Obiettivi ed indicatori dell'AdP</i>	112
	<i>Quadro finanziario contenuto nella proposta di AdP</i>	114
	<i>Fabbisogno finanziario per obiettivi</i>	116
	<i>Verifica dell'analisi di contesto</i>	114
	<i>Analisi dell'offerta attuale</i>	115
	<i>Analisi dell'offerta prevista a seguito degli interventi</i>	116

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 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.

Tale atto programmatico ha stabilito tra l'altro di avviare gli studi per la collocazione e realizzazione della Città della Salute e della Scienza di Torino, contestualmente al rimodellamento dell'assistenza metropolitana e alla riorganizzazione del sistema ospedaliero torinese e in particolare delle sue Aziende Ospedaliere, anche valutando le loro ricomposizioni e ricollocazioni.

Con il Protocollo d'Intesa approvato con DGR 2-1200 del 23/03/2015 e sottoscritto in data 26/03/2015 dalla Regione Piemonte, dal Comune di Torino, dall'Azienda Ospedaliera Univeritaria Città della Salute e della Scienza di Torino (CSS), dall'Università degli Studi di Torino e dalla Società FS Sistemi Urbani s.r.l., gli Enti hanno condiviso l'obiettivo della realizzazione del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino (PSRI).

All'interno di tale contesto, si inserisce il presente Accordo, che ha per oggetto la realizzazione del Parco della Salute della Ricerca e dell'Innovazione di Torino nell'ambito di un più ampio progetto di riordino della rete dell'assistenza ospedaliera regionale.

Al fine di poter rappresentare l'intero quadro strategico delle azioni individuate per il perseguimento degli obiettivi di modifica dell'offerta sanitaria esplicitati nell'Accordo, nella trattazione si farà riferimento, e saranno all'uopo descritti, interventi non contenuti nell'accordo medesimo, da realizzarsi ovvero in corso di realizzazione.

0.b. *Quadro finanziario*

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

ART. 20 L. 67/88 - RISORSE PER ACCORDO DI PROGRAMMA DA SOTTOSCRIVERE	
Assegnazioni delibere CIPE n. 97 e n. 98 del 18/12/2008 (*)	€ 351.861.597,53
Totale finanziamenti revocati sugli Accordi fino al 31/12/2005 da poter riutilizzare (**)	€ 17.914.046,22
Totale finanziamenti revocati sull'Accordo 2008 da poter riutilizzare (***)	€ 7.769.770,23
Risorse per Accordi di programma da sottoscrivere aggiornate (****)	€ 377.545.413,98

fonte: dati Ministero della Salute

RISORSE GIÀ ASSEGNATE E IMPEGNATE NEI PRECEDENTI ACCORDI EX ART. 20 L. 67/88

ART. 20 L. 67/88 - RISORSE ACCORDI DI PROGRAMMA SOTTOSCRITTI	
Risorse destinate ad Accordi di Programma	€ 697.189.373,51
Importo Accordo sottoscritto in data 06/09/2000 *	€ 598.555.986,51
Revoca sull'Accordo sottoscritto in data 06/09/2000 in applicazione della legge n. 266/2005 **	€ 134.143.357,88
Importo interventi non revocati ai sensi dell'art. 1, comma 312, legge n. 266/2005 **	€ 46.095.769,35
Totale Accordi sottoscritti fino al 2005 **	€ 510.508.397,98
Importo Accordo sottoscritto in data 22/04/2008 ***	€ 195.374.236,23

fonte: dati Ministero della Salute

* La Regione Piemonte, nel settembre del 2000 ha siglato con il Ministero della Sanità e il Ministero del Tesoro Bilancio e Programmazione Economica, un Accordo di Programma relativo agli investimenti in edilizia sanitaria per un importo complessivo pari a euro 968.076.766,15, di cui euro 598.555.986,51 a carico dello Stato.

** Per effetto della Legge 266/05 (Finanziaria 2006) gli interventi relativi ad Accordi sottoscritti, non ammessi al finanziamento entro il 31/12/2005 (per Accordi stipulati almeno 18 mesi prima come nel caso della Regione Piemonte), sono stati revocati (€ 134.143.357,88) con possibilità di utilizzare solo il 35% (€ 46.095.769,35), mentre il restante 65% (€ 88.047.388,53) è confluito in un apposito fondo disponibile per la stipula di nuovi Accordi; l'importo degli Accordi sottoscritti risulta quindi essere pari ad € 510.508.397,98 (598.555.986,51 - 134.143.357,88 + 46.095.769,35).

*** Il Ministro della Salute e il Presidente della Regione il 26 marzo del 2008 hanno sottoscritto l'Accordo di programma integrativo 2008 per gli investimenti in edilizia sanitaria.

La realizzazione dell'intero Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino sarà articolata in due lotti:

- lotto 1: Polo della sanità e della formazione clinica e Polo della ricerca
- lotto 2: Polo della didattica e Polo della residenzialità d'ambito

POLO DELLA SANITÀ E DELLA FORMAZIONE CLINICA E POLO DELLA RICERCA

LOTTO 1

LINEE DI FINANZIAMENTO

		Costo Totale €	Contributo pubblico ex art. 20 L. 67/88			Altri finanziamenti
			Stato €	Regione €	Totale €	Privato €
Intervento 1	Realizzazione edifici e bonifica area	455.959.111,00	142.840.000,00	7.140.000,00	149.980.000,00	305.979.111,00*
Intervento 2	Tecnologie e arredi	112.520.000,00	107.160.000,00	5.360.000,00	112.520.000,00	000,00
TOTALE		568.479.111,00	250.000.000,00	12.500.000,00	262.500.000,00	305.979.111,00*

* Il finanziamento privato interessa esclusivamente la realizzazione degli edifici attraverso un contratto di partenariato pubblico privato. Il costo dell'investimento considerato comprende gli oneri finanziari a carico dell'operatore privato pari a € 23.124.711,00 stimati sulla base della struttura finanziaria ipotizzata.

L'importo totale dell'INTERVENTO 1 pari a € 568.479.111 stimato è suddiviso come segue:

A) la bonifica dell'area attraverso una procedura ordinaria di appalto:

importo complessivo pari ad € 18,480,00 di cui:

€ 17.600.000 contributo statale ex art. 20 L.67/88;

€ 880.000 contributo regionale.

B) la realizzazione degli edifici e la gestione di alcuni servizi di base attraverso un contratto di partenariato pubblico privato come previsto dal Codice degli Appalti:

importo complessivo pari ad € 437.479.111 stimato di cui:

€ 125.240.000,00 contributo statale ex art. 20 L.67/88;

€ 6.260.000 contributo regionale;

€ 305.979.111 finanziamento privato stimato che potrà modificarsi a seguito delle risultanze della gara.

Gli oneri urbanizzativi e infrastrutturali, che saranno inseriti nel quadro finanziario senza che questo incida sull'importo totale del finanziamento pubblico statale e regionale complessivo di cui al presente Accordo, saranno determinati sulla base della ripartizione definita nell'accordo di programma finalizzato alla realizzazione del PSRI in modifica a quello stipulato fra Regione Piemonte, Città di Torino ed RFI-Sistemi Urbani, approvato con DPGR 8/2010.

Il possibile finanziamento a valere sul fondo istituito presso CDP ai sensi dell'art. 4 della Legge n. 144/1999 per la copertura dei costi della progettazione preliminare, per una cifra complessiva pari a 3,5 €/mln, non essendo certo, non viene preso in considerazione. Qualora tale finanziamento fosse assegnato, lo stesso potrà costituire implementazione del finanziamento pubblico.

Qualora dovessero essere modificate le norme dei contratti di Partenariato Pubblico privato previste dal Codice degli Appalti pubblici, che prevedono un finanziamento pubblico massimo pari al 30% dell'investimento complessivo, potrà essere rimodulata la quota di finanziamento pubblico attribuita agli interventi 1 e 2, senza, in ogni caso, che questo incida sull'importo totale del finanziamento pubblico statale e regionale complessivo di cui al presente Accordo.

**POLO DELLA SANITÀ E DELLA FORMAZIONE CLINICA E POLO DELLA RICERCA
PIANO ECONOMICO-FINANZIARIO COSTRUZIONE**

Leva finanziaria	67,97%
Debito senior	€ 141.020.000,00
Debito senior con OOFF	€ 161.025.121,10
Debito IVA	€ 43.834.400,00
Debito IVA con OOFF	€ 46.953.990,00
Equity	€ 98.000.000,00
Contributo pubblico ex art.20 L.67/88	€ 131.500.000,00
WACC	5,88%
Tasso debito senior	4,35%
Tasso per finanziamento IVA	2,50%
Costo dell'equity	8,50%
Canone di disponibilità	€ 28.370.000,00
Canone energia e calore	€ 6.900.000,00
Durata concessione	25 anni

Per l'analisi di dettaglio si rinvia allo Studio di Fattibilità che affronta le diverse questioni tecniche, della sostenibilità economica-finanziaria nonché gli aspetti di carattere amministrativo-procedurale.

Si evidenzia qui solamente che le procedure realizzative e le modalità per garantire la fattibilità e la sostenibilità economico-finanziaria dell'investimento sono state individuate per il primo lotto, a partire dalle risorse pubbliche a disposizione (derivanti da fondi ex Art. 20, Legge n. 67/1988 del Ministero della Salute) per una cifra complessiva di 250 €/mln (costruzione, arredi e tecnologie) e da fondi regionali per una cifra complessiva di 12,5 €/mln.

0.c. Sintesi del raccordo con il passato

Il presente programma di investimenti si pone in continuità con gli interventi dell'Accordo di Programma dell'anno 2008, relativamente ai seguenti macro-obiettivi:

- nuovi ospedali o nuove strutture funzionalmente collegate ad ospedali preesistenti;
- rinnovo del parco tecnologico, razionalizzando l'impiego delle tecnologie sanitarie più avanzate concentrandole in pochi punti specializzati della rete ospedaliera e creando parchi sanitari tecnologici nei quali la coesistenza di ricerca, assistenza, didattica e attività produttive consentiranno lo sviluppo di iniziative imprenditoriali in campo sanitario e favoriranno il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica assistenziale;
- riorganizzazione della rete ed adeguamento delle strutture sanitarie territoriali.

CORRELAZIONE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA CON FINANZIAMENTI PRECEDENTI

PROGRAMMA	PERCENTUALE DI AVANZAMENTO FINANZIARIO	NOTE
Art. 20 II ^a fase	97%	Solo finanziamento statale
Accordo di Programma 2008	50%	Solo finanziamento statale
Altri Ospedali: Biella	100%	Solo finanziamento statale
Altri Ospedali: Alba-Bra*	97%	Solo finanziamento statale
Programma AIDS e malattie infettive	55%	Solo finanziamento statale
Programma libera professione	90%	Solo finanziamento statale
Programma radioterapia	100%	Solo finanziamento statale

*Il parco tecnologico sarà rinnovato a collaudo dell'Ospedale.

La sostanziale continuità con il precedente accordo si esprime, oltre che nel disegno complessivo di riordino della rete ospedaliera e miglioramento dell'assistenza specialistica previsto dalla manovra, anche nello specifico riferimento alla realizzazione della Città della Salute e Scienza di Torino (ora PSRI).

Nel medesimo accordo dell'anno 2008 è quindi previsto di completare il riordino della rete ospedaliera regionale mediante la realizzazione della Città della Salute di

Torino, che renderà possibile il riequilibrio e la redistribuzione territoriale dell'offerta ospedaliera nell'area metropolitana di Torino attualmente caratterizzata da una elevata concentrazione in un'unica area (la cosiddetta "cittadella ospedaliera") di alcuni ospedali monospecialistici e da una relativa carenza di strutture ospedaliere nelle aree a più intenso sviluppo urbano.

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

Si identificano nel seguito gli obiettivi generali e specifici del programma in oggetto, le cui esplicitazioni con gli obiettivi operativi e con gli interventi saranno descritte in dettaglio al Capitolo 2.

L'obiettivo generale è quello di concentrare in una nuova struttura le attività ad alta complessità espletate dalla Città della Salute e Scienza di Torino e conseguentemente riorganizzare la rete ospedaliera esistente per garantire una gestione ottimale delle attività a media e bassa complessità, che saranno riallocate nell'attuale struttura dell'ospedale CTO, assicurando piena riposta ai bisogni di salute della zona Torino Sud.

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

A livello territoriale l'intervento si inserisce nel quadro di una rete ospedaliera regionale che ha subito nell'ultimo ventennio una serie di aggiustamenti marginali, volti all'applicazione delle modifiche normative nazionali ed europee e all'adeguamento al mutato contesto socioeconomico, senza lo sviluppo di un disegno organico di riorganizzazione.

Le numerose analisi effettuate evidenziano standard elevati di qualità dell'assistenza con indicatori generali di funzionamento molto buoni sia per quanto riguarda il ricorso all'ospedalizzazione, molto contenuto, sia per quanto riguarda l'appropriatezza dei ricoveri e la qualità degli esiti. Tutto questo, però, avviene in presenza di caratteristiche strutturali e organizzative critiche. La riorganizzazione della rete ospedaliera piemontese appare, quindi, l'unica possibilità per mantenere nel tempo la qualità dei servizi, garantendo il contenimento dei costi.

Obiettivi generali

- G1. Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione, considerando l'ospedale come una risorsa fondamentale da utilizzare in modo razionale e commisurato alla complessità della casistica. Il sistema regionale dovrà contemporaneamente definire un'altrettanto forte priorità per lo sviluppo di tutta l'assistenza extraospedaliera e delle cure primarie;
- 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;

G3. Promozione di qualità ed innovazione, instaurando una sinergia tra sanità, ricerca e didattica, creando un distretto medico rivolto alla cura e all'innovazione, in grado di posizionare il territorio regionale nel contesto internazionale come polo clinico, di ricerca e di alta formazione.

Obiettivi specifici

- S1. Valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza ospedaliero-universitari di riferimento regionale;
- S2. Riorganizzazione dell'assistenza specialistica per livelli di complessità attraverso un riequilibrio tra capillarità e concentrazione territoriale;
- S3. Riordino delle relazioni tra ospedali del territorio funzionalmente connessi ai poli;
- S4. Razionalizzazione organizzativa e funzionale delle strutture, delle attività e degli spazi, intra-aziendale e inter-aziendale;
- S5. Ammodernamento della diagnostica e terapia strumentale;
- S6. Adeguamento alle norme di sicurezza in riferimento alla sismica e all'antincendio;
- S7. Efficientamento energetico;
- S8. Recupero della mobilità passiva da altre regioni, in particolare dalla Lombardia;
- S9. Polarizzazione delle attività di studio e formazione universitaria, ricerca e sperimentazione in campo biomedico.

0.e. 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.

Obiettivi e settori strategici di intervento	Documenti programmatici ed attuativi
<p><i>Linee generali di programmazione sanitaria</i></p>	<p><i>PSSR 2012-2015 Intesa del 3 dicembre 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. 85-1157 del 30.11.2010, Programma attuativo del Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010: indirizzi per la razionalizzazione della rete di degenza ospedaliera; 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. 28.02.2012, n. 3, Disposizioni in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale; D.L. 06.07.2012, n. 95, 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;</i></p>

Obiettivi e settori strategici di intervento	Documenti programmatici ed attuativi
Città della Salute e della Scienza	<p>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);</p> <p>D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012;</p> <p>PSN 2014-2016</p> <p>D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale;</p> <p>D.G.R. n. 1-924 del 23.01.2015, Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014, Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale;</p> <p>Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;</p> <p>C.S.R. del 07.11.2016, Intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA);</p> <p>D.R.G. 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 sovrazionali;</p> <p>D.P.G.R. 06.12.2013, n. 71, Costituzione dell'azienda ospedaliero-universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino;</p> <p>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;</p>
Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale	<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. 58-9 del 03.04.06, 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 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 Appropriatelyzza dell'attività di ricovero e rideterminazione dei posti letto di acuzie della rete</p>

Obiettivi e settori strategici di intervento	Documenti programmatici ed attuativi
<p>Accreditamento, qualità, appropriatezza</p>	<p>ospedaliera. Attuazione delle indicazioni dell'Addendum al piano di rientro approvato con la DGR 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. 67-1716 del 06.07.2015, Articolazione dei posti letto per attività di ricovero in acuzie e post-acuzie e per prestazioni di assistenza territoriale da contrattare con le strutture private accreditate con il SSR erogatrici di attività di ricovero ed individuazione dei correlati tetti massimi di spesa;</p> <p>D.G.R. n. 156-21885 del 06.08. 97, Accreditamento provvisorio delle Case di Cura private; D.C.R. n. 616-3149 del 22.02.00, Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie; D.G.R. n. 11-4878 del 21.12.01, Degenza media e il tasso di utilizzo dei posti letto richiesto alle Aziende sanitarie; D.G.R. n.14-10073 del 28.07.03, Piano attuativo Regionale per il governo delle liste d'attesa, definizione del sistema di priorità cliniche; D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.07, Definizione dei tempi d'attesa; D.G.R. n. 13-1439 del 28.01.2011, Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3', 2' e 1' livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria;</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 D.G.R. n. 20-1833 del 07.04.2011, Art. 8/ter D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. Modalità, termini e criteri per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio sanitarie. Integrazioni alla D.G.R. n. 46-528 del 4 agosto 2010, relativamente all'assistenza residenziale e semiresidenziale per persone disabili; D.G.R. n.43-1979 del 29.04.2011, Attuazione Piano di Rientro. Assistenza Integrativa - Protesica. Linee di indirizzo; D.G.R. n.44-1980 del 29.04.2011, Attuazione Piano di rientro. Interventi e misure di riorganizzazione del Sistema dell'Emergenza Sanitaria Territoriale; D.G.R. n.45-1981 del 29.04.2011, Attuazione Piano di rientro. La rete territoriale; D.G.R. n.46-1982 del 29.04.2011, Attuazione Piano di rientro. Decisioni in merito alla revisione del sistema di Continuità Assistenziale; D.G.R. n.48-1984 del 29.04.2011, Attuazione Piano di rientro. Armonizzazione D.G.R. n. 14-1440 del 28 gennaio 2011 con Addendum adottato con D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011; D.G.R. n.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. 49-1985 del 29.04.2011, Rettifica DGR 44-1615 del 28 febbraio 2011 relativa all'adozione dell'Addendum; 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.</p>

Obiettivi e settori strategici di intervento	Documenti programmatici ed attuativi
Implementazione sistemi ICT Investimenti in sanità	<p>73-13176 del 26.07.04 e s.m.i.;</p> <p>D.D. n. 164 del 01.03.2011, Attuazione del Piano di rientro. Linee di indirizzo per la valutazione qualitativa/economica dei dispositivi medici e ruolo dei servizi aziendali di ingegneria clinica nelle procedure di acquisto;</p> <p>D.D. n. 165 del 01.03.2011, Attuazione del Piano di Rientro. Appropriatelyzza e razionalizzazione di utilizzo dei farmaci oncologici ed oncoematologici ad alto costo</p> <p>D.G.R. 6 Giugno 2011, n. 4-2121, Attuazione del Piano di rientro. Approvazione degli accordi con le Associazioni AIOP, ANISAP, CONFAPI, GRISP-FEDERLAB, META, per le Case di cura private e le prestazioni ambulatoriali per il biennio 2011-2012. Approvazione Protocollo di Intesa con ARIS e AIOP;</p> <p>D.G.R. n. 5-2122 del 06.06.2011, , Attuazione Piano di rientro. Accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. per il biennio 2011-2012. Determinazioni per il periodo transitorio 1 giugno - 31 luglio 2011;</p> <p>D.D. n. 235 del 31.03.2011, Piano di rientro. Distribuzione del primo ciclo terapeutico in dimissioni da ricovero ospedaliero e visita ambulatoriale, ai sensi della L. 405/2001. Monitoraggio;</p> <p>D.D. n. 383 del 26.05.2011, , D.G.R. 44-1980 del 29 aprile 2011. Istituzione Tavolo di confronto permanente;</p> <p>D.D. n. 314 del 02.05.2011, DGR n. 16-1829 del 7 aprile 2011 - allegato A - attuazione Piano di rientro per i Servizi di Laboratorio di Analisi - Nomina coordinatore regionale;</p> <p>D.D. n. 425 del 09.06.2011, Istituzione gruppo di lavoro sulla rete territoriale, per l'attuazione del Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011;</p> <p>D.D. n. 426 del 09.06.2011, Istituzione gruppo di lavoro per la verifica e il monitoraggio dell'attuazione dell'Addendum del Piano di Rientro della Regione Piemonte;</p> <p>D.G.R. n. 4-2495 del 03.08.2011, Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza;</p> <p>D.G.R. n. 5-2496 del 03.08.2011, Attuazione Piano di rientro. Accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D.lgs. per il biennio 2011-2012. Determinazioni per il periodo transitorio 1 Agosto - 31 ottobre 2011;</p> <p>D.G.R. n. 1- 4117 del 05.07.2012, Programma attuativo dell'addendum al piano di rientro. Percorso di ridefinizione della rete ospedaliera;</p> <p>D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, "Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012";</p> <p>D.G.R. n. 34-3555 del 02.08.06, Riordino del sistema informativo regionale;</p> <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. 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. 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.</p>

Obiettivi e settori strategici di intervento	Documenti programmatici ed attuativi
	<p>131-23049 del 19 giugno 2007; D.C.R. n. 258-20424 del 05.06.2009, Modifiche al programma degli interventi in edilizia e attrezzature sanitarie approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 131-23049 del 19 giugno 2007; D.G.R. n. 49-8994 del 15.06.2008 e successive modificazioni ed integrazioni, Programmazione investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie. Approvazione elenco interventi ammissibili al finanziamento e relativo riparto tra le Aziende Sanitarie Regionali delle risorse previste sul cap. 246973 e sul cap. 248779 per gli anni 2008, 2009 e 2010; D.G.R. n. 40-11758 del 13.07.2009, Programmazione investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie. Approvazione elenco interventi ammissibili al finanziamento e relativo riparto tra le Aziende Sanitarie regionali delle risorse previste su capitoli di bilancio per gli anni 2009 e successivi; D.G.R. n. 9-11837 del 28.07.2009, Interventi di edilizia sanitaria. Provvedimenti urgenti; D.G.R. n. 96-12017 del 04.08.2009, Interventi di edilizia sanitaria: provvedimenti urgenti; D.G.R. n. 56-12585 del 16.11.2009, Accordo di Programma Stato Regioni del 22 aprile 2008. Azienda Ospedaliera "S.ta Croce e Carle" di Cuneo – "Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga" di orbassano – Riallineamento interventi; D.G.R. n. 3-12649 del 24.11.2009, Approvazione del testo della modifica strutturale dell'Accordo di programma vigente sottoscritto in data 10.11.2004 dalla Regione Piemonte, dal Comune di Venaria, dall'ASL 6 di Cirié ora ASL TO3 Collegno-Pinerolo, finalizzato alla realizzazione della nuova Struttura Sanitaria della Città di Venaria Reale; D.G.R. n. 54-13392 del 22.02.2010, Approvazione modifiche al programma degli interventi in edilizia ed attrezzature sanitarie approvato con D.C.R. n. 131-23049 del 19 giugno 2007 e s.m.i.; D.G.R. n. 73-13726 del 29.03.2010, Manifestazione di intenti per la proposta di un accordo di Programma ex art. 20, legge 67/88, tra la Regione Piemonte e lo Stato per la: "Realizzazione della Città della salute e della scienza di Novara"-Importo euro 350.000.000,00; D.G.R. n. 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. 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. 30 settembre 2013, n. 17-6419, 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. 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, , lter procedurale per l'autorizzazione alla cancellazione dal patrimonio indisponibile, conseguente iscrizione in quello disponibile ed alienazione o diverso uso, dei beni mobili, mobili registrati ed immobili di proprietà delle Aziende Sanitarie Regionali: Locali, Ospedaliere ed Ospedaliero-Universitarie. Aggiornamento. Revoca D.G.R. n. 37-7963 del 9/12/2002;</p>

Obiettivi e settori strategici di intervento	Documenti programmatici ed attuativi
Consistenze organiche, approvvigionamento e gestione dei magazzini.	<p>D.G.R. n. 58-2757 del 29.12.2015, Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino- definizione del Cofinanziamento;</p> <p>D.G.R n. 2-3900 del 08.09.2016, programma di investimenti ex art.20 Legge n.67788- Adeguamento alla normativa antincendio. Risorse assegnate con delibera CIPE n. 16 dell'8 marzo 2013. riparto a favore delle Aziende Sanitarie Regionali di complessivi € 7.119.668,28;</p> <p>D.G.R. n. 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>
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>
Clinical Governance	<p>D.G.R. n. 80-1700 del 11.12.00, Organizzazione aziendale;</p> <p>D.G.R. n. 21-10664 del 02.02.09, Applicazione sperimentale di nuove forme organizzative;</p>
Revisione dei sistemi di emergenza-urgenza sanitaria	<p>D.G.R. n. 48-8609 del 14.04.2008, Linee Guida regionali per l'Osservazione Breve Intensiva nei Pronto Soccorso e nei DEA;</p> <p>D.G.R. n. 19-13297 del 15.02.10, Linee guida per la gestione dell'emergenza;</p> <p>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;</p> <p>D.G.R. n. 16-2348 del 22.07.2011;</p> <p>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;</p> <p>D.D. n. 463 del 22.06. 2011, Rete interospedaliera per l'emergenza coronarica. Istituzione gruppo tecnico regionale per il monitoraggio della rete.</p>

0.f. 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 della ricerca e innovazione e dello sviluppo economico, perseguendo tra l'altro gli obiettivi di favorire la sinergia ed il trasferimento tecnologico tra ricerca ed impresa – attraverso il canale dell'innovazione tecnologica applicata ai settori della medicina e della salute – e di valorizzare le risorse umane e tecnologiche attraverso la promozione di reti delle eccellenze, potenziare le applicazioni dell'ICT.

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

Tutti questi aspetti trovano riferimento nei principali documenti di programmazione

strategica regionali e nazionali, quali:

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

Per la programmazione 2014-2020:

- Programmazione europea 2014-2020 e i regolamenti UE
<http://www.regione.piemonte.it/europa2020/programmazione.htm>
- Programma operativo regionale (POR) 2007-2013
<http://www.regione.piemonte.it/industria/por/>
- POR Fondo Sociale Europeo (POR FSE)
<http://www.regione.piemonte.it/europa2020/fse/index.htm>
- POR Fondo Europeo Sviluppo Regionale (POR FESR)
<http://www.regione.piemonte.it/europa2020/fesr/index.htm>
- Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (FEASR)
<http://www.regione.piemonte.it/europa2020/feasr/>
- Documento Strategico Preliminare 2007-2013 (approvato l'11 ottobre 2005 con deliberazione del Consiglio regionale n. 26-31183)
http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/2007_2013.pdf
- Documento Strategico Unitario (DSU) per la programmazione dei fondi europei a finalità strutturale per il periodo 2014-2020
<http://www.regione.piemonte.it/parteneriato1420/dwd/DSUFondistrutturali.pdf>
- Documento di Programmazione Strategico-Operativa per la politica di coesione 2007-2013 (approvato dal Consiglio regionale il 21 dicembre 2006 con DCR n. 94 – 43541)
http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/testo_dpso.pdf
- Documento Unitario di Programmazione (DUP) (approvato dalla Giunta regionale nella seduta del 21 luglio 2008 con deliberazione n. 19 – 9238)
<http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/dup+dgr73.pdf>
- Relazione Programmatica sull'Energia, approvata con DGR n. 30 – 12221 del 28.09.2009)
<http://www.regione.piemonte.it/energia/relProgrammatica.htm>

- Proposta del Documento di Programmazione Economica Finanziaria Regionale 2010–2012, adottato con Deliberazione Giunta Regionale n.°51 – 12886 del 21 Dicembre 2009
http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/dpefr2010_2012.pdf
- Documento di Programmazione Economico-Finanziaria Regionale 2014-2016
[http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/DPEFR%202014_16%20completo\(3\).pdf](http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/DPEFR%202014_16%20completo(3).pdf)

0.g. 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.

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).

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

1.a. *il contesto internazionale e nazionale*

Nell'ultimo decennio la realtà sociale ed economica del Piemonte e, più in particolare, dell'area torinese si è profondamente modificata: settori tradizionali che per quasi tutto il secolo scorso avevano caratterizzato la nostra economia, generando ricchezza ed occupazione, hanno subito, in alcuni casi, una profonda trasformazione, in altri casi sono stati ridimensionati o sono addirittura scomparsi. Parliamo soprattutto di automotive, di industria manifatturiera, di servizi tradizionali che oggi non identificano più, anche all'estero, la nostra realtà torinese. Sono rimaste tuttavia eccellenze, professionalità, esperienze imprenditoriali, che in un contesto di nuove iniziative e di nuovi settori di sviluppo, rappresentano un valore aggiunto per la nostra città e devono essere rivitalizzate. Non solo, ma un forte ruolo degli atenei torinesi, Università e Politecnico, da anni ai vertici della didattica e della ricerca europea, sono risorse strategiche che, in una fase di così accentuato cambiamento, possono fortemente contribuire al rilancio del nostro territorio.

In questo quadro, la sanità può diventare motore di sviluppo e, nella Torino trasformata di questi anni, il Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione (PSRI) può rappresentare un forte momento di riqualificazione e volano di ripresa, che, attraverso la sanità, possa riattivare investimenti, anche internazionali, occupazione e ricerca avanzata.

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. Rispetto alla prima riforma sanitaria del 1978 che introdusse il SSN, tuttora vigente nei suoi principi fondamentali:

- 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. Ecco perché i richiami costanti ai principi di cui all'articolo 32 della Costituzione non sono questione di "dibattito giuridico" ma di sostanza.

- 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. Assistiamo all'estendersi di pagamenti "out of pocket", in aggiunta al finanziamento tramite la fiscalità generale, al ricorso alle strutture "low cost", la cui attività sfugge alla programmazione regionale, all'incremento del ricorso ai fondi integrativi, alle assicurazioni. Ma tale comportamento diventa sempre più spesso la conseguenza di un venir meno o di un indebolimento dei principi fondanti del servizio pubblico, sottoposto, sia a costrizioni finanziarie, sia a revisione critica del suo impianto originario da parte del cittadino. La considerazione che si sta diffondendo, è a volte guidata dalla sfiducia nel sistema, non essendo ancora radicata la consapevolezza di un sistema di welfare necessariamente in trasformazione, per la congiuntura economica europea.
- si è indebolito il governo della domanda, istituzionalmente assegnato ai medici di medicina generale ed assistiamo alla proliferazione di nuovi modelli di erogazione dei servizi, in parte guidata dall'evoluzione delle esigenze, unitamente a nuovi approcci terapeutici e nuove tecnologie, ma anche determinata dalla ricerca di una risposta più convincente all'evoluzione del sistema.

Un secondo aspetto riguarda la trasformazione della medicina e le nuove frontiere del sistema. In un documento frutto di uno studio americano, "The Hospital of future, Report to the telemedicine and advanced technology Research Center (TATRC) United States Army Medical research and Material command Fort Detrick, Maryland(2008)" si sostiene che in un periodo intercorrente tra 5 e 15 anni da oggi, la medicina cambierà drasticamente in quanto si verificheranno i seguenti fatti evolutivi:

- la medicina diventerà personalizzata (custom-tailored);
- verrà data grande enfasi alla prevenzione;
- crescerà in maniera esponenziale la possibilità di riparare, rivitalizzare, sostituire organi, tessuti, cellule;
- le informazioni mediche saranno completamente digitalizzate, con possibilità di accesso immediato, sempre ed in ogni luogo;
- la qualità e la sicurezza dei sistemi sanitari crescerà;
- si assisterà ad impressionante avanzamento della tecnologia, della scienza informatica (es. l'uso del robot in ambito chirurgico);

- si registrerà una crescita di domanda di servizi medici causata soprattutto dall'invecchiamento della popolazione e da un passaggio da patologie acute a patologie croniche;
- non solo l'aspetto finanziario peserà sull'evoluzione, ma si manifesteranno altri fattori di potenziale rallentamento dello sviluppo che dovranno essere rimossi con conseguenti effetti sui bilanci. Lo studio così li sintetizza:
 - o carenza di professionisti, in particolare infermieri e farmacisti;
 - o necessità di riorganizzare la medicina di territorio;
 - o necessità di riorientare l'approccio alla cura della malattia con interventi di teams multidisciplinari;
 - o muta il rapporto tra acuzie e cronicità e con esso la tradizionale distinzione tra ospedale ed il territorio;
 - o la velocità, con cui i saperi e le tecnologie si estendono e si rinnovano, investirà professioni e discipline, e rapporti interprofessionali, a partire dagli equilibri tra infermieri e medici e tra le diverse specialità mediche;
 - o in ultimo, punto centrale del Rapporto citato e passaggio importante per il nostro studio, si manifesterà l'inderogabile necessità di riorganizzare completamente gli ospedali. È di tutta evidenza che ove la previsione sia esatta, e tutti gli indicatori vanno in questa direzione, la situazione diventerà drammatica per quei paesi che non riusciranno o non potranno trasformare il proprio sistema sanitario.

Un ulteriore aspetto riguarda il ruolo penetrante che le ultime riforme hanno attribuito all'Unione Europea in funzione di una più sviluppata integrazione tra gli Stati ed i cittadini e, in materia di controllo dei bilanci dei singoli Stati Membri, con l'imposizione di inderogabili vincoli sulle risorse da destinare al Welfare. Partiamo dalla direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Questa direttiva modificherà in maniera radicale il quadro della tutela della salute nell'Unione e nel nostro paese, in quanto il provvedimento di recepimento della normativa in Italia ha fissato al 4 dicembre 2013 l'avvio del processo di integrazione sanitaria e quindi rende possibile, da quella data e previa l'approvazione di regolamenti attuativi, la richiesta di prestazione sanitaria in paesi diversi da quello di origine. Tale normativa determina precisi obblighi:

- la libertà di ricevere assistenza sanitaria in tutta l'Unione Europea (UE) deve essere accompagnata da garanzie di qualità e di sicurezza; i cittadini devono poter compiere una scelta "informata" e di conseguenza vengono definite specifiche responsabilità ed impegni degli Stati membri. Ogni Stato membro deve designare uno o più punti di contatto nazionali per l'assistenza sanitaria transfrontaliera. Tali punti di contatto consultano le organizzazioni dei pazienti, i prestatori di assistenza sanitaria e le assicurazioni sanitarie, con il compito di fornire ai pazienti informazioni sui loro diritti, quando questi decidono di beneficiare dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché i riferimenti dei punti di contatto nazionali di altri Stati membri;
- lo Stato membro organizza e fornisce l'assistenza sanitaria assicurandosi che siano rispettate le norme di qualità e di sicurezza al momento della prestazione dell'assistenza, adottando meccanismi di controllo;

- la definizione di schemi di cooperazione in materia di sanità tra gli Stati membri per agevolare l'attuazione della direttiva, in particolare, attraverso la creazione di reti di riferimento europee di fornitori di assistenza sanitaria allo scopo di contribuire a promuovere la mobilità degli esperti in Europa e l'accesso a cure altamente specializzate, grazie alla concentrazione e all'articolazione delle risorse e delle competenze disponibili;
- gli Stati membri riconoscono la validità delle prescrizioni mediche rilasciate in altri Stati membri, se i medicinali prescritti sono autorizzati sul loro territorio e sono inoltre incoraggiati a collaborare nell'ambito del trattamento delle malattie rare grazie allo sviluppo di capacità di diagnosi e di cura. La base dati Orphanet e le reti europee possono essere utilizzate in tale ottica ed i sistemi o i servizi di sanità on-line consentono anche la fornitura di assistenza transfrontaliera. La direttiva prevede la creazione di una rete di autorità nazionali responsabili dell'«assistenza sanitaria on line» al fine di rafforzare la continuità delle cure e garantire l'accesso a un'assistenza sanitaria di qualità;
- la creazione di una rete delle autorità o degli organi responsabili della valutazione delle tecnologie sanitarie contribuirà a facilitare la cooperazione tra le autorità nazionali competenti in questo settore.

È chiaro come l'impatto di tale direttiva europea sia ben più dirompente delle esistenti forme di integrazione sanitaria tra i paesi Membri (es. la Tessera Europea Assicurazione Malattia – TEAM / European Health Insurance Card). La direttiva attua uno degli obiettivi fondanti dei Trattati dell'Unione, la libera circolazione delle persone, ampliandola (dal 4 dicembre 2013 per il nostro paese) anche alla tutela sanitaria. Questo significa che il nostro sistema dovrà confrontarsi in termini di efficienza, efficacia e appropriatezza con gli altri sistemi europei, anche perchè sarà la mobilità degli stessi cittadini ad imporlo e a renderlo effettivo. Allora la sostenibilità del sistema, così come la sua capacità informativa, sarà messa a dura prova, tramite il confronto, il benchmarking, la ricerca dell'eccellenza e la circolazione delle persone. Solo un sistema sanitario efficiente e tecnologicamente avanzato potrà reggere la competizione, questa è la sfida dei prossimi anni.

Gli elementi richiamati ci portano a sostenere che qualsiasi progettazione di sistemi sanitari futuri, o parti di essi, dovranno caratterizzarsi per sostenibilità, finanziaria e sociale, tecnologia avanzata, alta professionalità degli operatori, attenzione ad un contesto economico e sociale in costante evoluzione affiancati all'efficienza operativa.

Riteniamo, e gli esempi ci supportano, che i moderni ed avanzati sistemi sanitari dovranno avere, oltre ad una forte rete territoriale integrata, ospedali di eccellenza (HUB), intorno ai quali ruotino le reti di patologie, e che si caratterizzino per:

- centralità del paziente e non dell'organizzazione;
- flessibilità di risposta, attraverso un'organizzazione sanitaria e gestionale flessibile;
- integrazione multi professionale;
- tecnologie avanzate;
- stretto collegamento tra assistenza, ricerca e didattica;
- ottimizzazione delle risorse e sostenibilità del complesso sfruttando la connessione tra assistenza, didattica, ricerca;

- capacità di interlocuzione, a livello europeo ed internazionale, con corrispondenti livelli di sistemi sanitari e di centri di ricerca universitari.

Una realtà chiave come la CSS non può prescindere da elementi di trasformazione e innovazione, che non possono arrestarsi immediatamente di fronte al tema delle risorse, ma devono diventare motore per un rilancio dell'area metropolitana torinese.

Il progetto del nuovo PSRI deve caratterizzarsi attraverso un nuovo approccio che, ribaltando gli schemi tradizionali, conduca alla creazione di un modello operativo della sanità del futuro che sia anche volano economico e strumento di strategia culturale, mediante:

- ridefinizione della missione, con decentramento di funzioni sul territorio e con la creazione di centri di alta complessità al servizio del sistema sanitario regionale. Questo comporta una visione non limitata all'ospedale come struttura edilizia, che pure deve essere considerata nei suoi tratti essenziali, ma estesa invece a molti altri fattori quali le linee di indirizzo della politica sanitaria, le modalità di finanziamento del sistema sanitario e degli ospedali, il progresso scientifico e tecnologico e l'evoluzione demografica ed epidemiologica, fattori che nell'insieme determinano le esigenze e le priorità del sistema ed il ruolo che, nel contesto, viene affidato all'ospedale;
- gestione ed ammodernamento dei processi, sanitari ed amministrativi, come strumento di innovazione che consenta di tenere sotto controllo qualità e quantità dell'attività svolta, ed introduzione di centri di competenza, funzionali alla definizione di responsabilità;
- individuazione di un ruolo nel sistema sanitario regionale/nazionale, come prototipazione di soluzioni e come specializzazione;
- introduzione del principio di finanziamento della qualità nella prestazione sanitaria:
 - o qualità misurata con criteri oggettivi
 - o qualità percepita dai pazienti
 - o qualità percepita dagli operatori sanitari a tutti i livelli;
- Integrazione con più sottosistemi di innovazione presenti negli atenei regionali non solo di Medicina, ma anche di Economia, di Giurisprudenza e del Politecnico.

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

1.b.1. *Quadro epidemiologico*

Nella nostra Regione, come nel resto del paese, nell'ultimo secolo la speranza di vita alla nascita tra gli uomini è passata da poco più di 40 anni del 1900 a 79.9 nel 2015 con un guadagno di oltre 35 anni; mentre per le donne nello stesso periodo il guadagno è stato di 5 anni superiore, la supermortalità maschile è dovuta ad eccessi della mortalità giovanile (quattro volte maggiore tra i maschi) e adulta (tre volte maggiore quella per malattie circolatorie). Di questi anni guadagnati in un secolo più di un quarto sono stati ottenuti nell'ultimo trentennio.

Il miglioramento fino agli anni sessanta era dovuto prevalentemente alla diminuzione della mortalità infantile e delle età giovanili. Negli ultimi decenni esso riguarda ancora la mortalità infantile (da circa 30 per mille dell'inizio del '70 alla soglia del 3.3 per mille nel 2011), ma soprattutto le età adulta e anziana. Invece nelle età giovanili questo miglioramento si è interrotto per più di un decennio a causa dell'epidemia delle cause di morte correlate alla droga..

L'andamento temporale delle dipendenze da sostanze non è omogeneo. Il consumo di droghe ha subito un primo enorme cambiamento tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, con un'elevata diffusione, in tale periodo storico, dell'uso di eroina. Questo fenomeno si è associato ad un aumento nel numero di decessi tra coloro che facevano uso di droghe per via iniettiva a partire dagli anni '80. Dati regionali evidenziano a partire dal 2001 una progressiva riduzione nel numero degli utenti trattati dai Dipartimenti delle Dipendenze a causa di dipendenza da eroina o altri oppiacei come sostanza primaria di abuso. Si è registrato, invece negli ultimi anni, un trend in aumento per quanto riguarda le dipendenze da cannabinoidi, il gioco d'azzardo e il tabacco.

Il rischio di morte per overdose in Italia è cresciuto a partire dalla fine degli anni '80 per poi diminuire a partire dagli anni '90 con un andamento comunque irregolare. Nell'arco temporale tra il 1981 e il 1988, nell'intera Regione Piemonte si sono registrati 1430 morti per overdose tra i giovani adulti (15-54 anni). Tale mortalità risulta particolarmente concentrata nell'arco temporale tra il 1990 e il 1996. In particolare, la città di Torino presenta un più precoce inizio dell'epidemia rispetto al resto della Regione. Nel complesso, nell'arco temporale considerato si è registrata a livello regionale una mortalità del 3,4% con un picco a Torino nel 1995 (6,7%). L'andamento della mortalità per overdose è stato caratterizzato, dopo i picchi di metà anni '90, da un progressivo e rapido decremento, con la registrazione di 14 casi nel 2012. I tassi di mortalità più elevati si riscontrano, per l'intero arco temporale considerato, nel sesso maschile.

Oltre alla mortalità per overdose va considerata la mortalità e la morbidità associati ai comportamenti a rischio diffusi tra i tossicodipendenti. Infatti, l'utilizzo di sostanze stupefacenti, anche non per via endovenosa ed occasionale, determina gravi conseguenze per la salute, sia in ambito neuropsichico sia internistico, e in particolare infettivologico. A questo si aggiunge anche il rischio di incidenti stradali alcol o droga correlati. In ambito infettivologico, le principali patologie correlate all'uso di droghe sono l'infezione da HIV, le infezioni da virus epatitici (HBV e HCV), le malattie sessualmente trasmesse e la tubercolosi. In particolare, lo scambio di siringhe non sterili rappresenta un'importante via di trasmissione per l'infezione da HIV e altre malattie infettive. In particolare, all'inizio dell'epidemia di AIDS in Italia il 70% di nuovi casi erano da riferire allo scambio di siringhe infette. Tale percentuale si è costantemente ridotta nel tempo, tanto che nel 2001 oltre il 65% dei nuovi casi avevano contratto l'infezione per trasmissione sessuale.

Lo scambio di siringhe non sterili rappresenta, inoltre, un significativo fattore di rischio per la trasmissione di HBV e HCV. Dati Regionali del 2014 mostrano come il 41% dei soggetti dipendenti da eroina fosse positivo all'infezione da HCV e il 17% da HBV.

Nell'età adulta e anziana le cause di morte che più hanno contribuito a questo favorevole andamento della sopravvivenza negli ultimi tre decenni sono le malattie del sistema circolatorio (diminuite di più del 40% tra gli uomini e di più del 50% tra le donne rispetto ad una media di riduzione della mortalità generale nei tre decenni di

più del 30%, grazie sia al controllo di molti fattori di rischio che all'efficacia dei trattamenti) e le malattie respiratorie e dell'apparato digerente (ridotte entrambe di circa il 60% grazie al miglioramento delle condizioni di vita alla nascita delle nuove generazioni, e al controllo dei fattori di rischio ambientali e comportamentali). Si registra invece un aumento delle malattie del sistema nervoso tra i più anziani, in particolare per le demenze.

Durante gli ultimi anni in Piemonte, l'incidenza di tumori, dopo essere aumentata per entrambi i sessi fino alla fine dell'ultimo secolo, sembra stabilizzarsi nelle donne e diminuire negli uomini. Trend simili si sono osservati anche in Gran Bretagna e nei Paesi nordici.

Nonostante ciò, la popolazione piemontese ha un rischio aumentato del 47% circa di ammalarsi di tumore rispetto al 1981 a causa dell'invecchiamento della popolazione (es. incidenza del carcinoma prostatico). La mortalità mostra invece un trend in diminuzione in entrambi i sessi. La sopravvivenza è migliore nelle donne (62,4% a 5 anni) rispetto agli uomini (57,3%), e progredisce in parallelo verso un miglioramento in entrambi i sessi (Registro Tumori del Piemonte - 2010).

Per quanto riguarda la grande diminuzione di mortalità per malattie ischemiche di cuore (e più in generale per malattie circolatorie), in assenza di una diffusione di registri di patologia come nel caso dei tumori, è più complesso individuare il contributo relativo della riduzione di incidenza o del miglioramento della sopravvivenza. I risultati dello studio MONICA, a cui hanno partecipato centri di 21 nazioni diverse, portano a concludere che il forte calo della mortalità sia attribuibile per i due terzi alla riduzione di incidenza e per un terzo al miglioramento delle terapie e che il principale determinante del declino nella mortalità è ciò che determina il declino dei tassi di incidenza. L'evidenza scientifica ad oggi disponibile conferma l'importanza sia di tutto quanto porta a ridurre l'incidenza di cardiopatia ischemica, sia del miglioramento delle terapie.

In termini di morbosità, il processo di invecchiamento della popolazione, in presenza di un aumento di efficacia delle terapie, produce un aumento sistematico della prevalenza delle condizioni morbose croniche meritevoli di trattamento sanitario; nei dati ILSA, l'unico studio longitudinale italiano sul tema, questo fenomeno ha portato nel decennio 1992-2002 ad un aumento di prevalenza tra gli ultra 75enni del 26% degli infarti, 22% dello scompenso cardiaco, 11% dell'ipertensione, 45% del diabete, 43% delle arteriopatie periferiche, 17% di ictus, 8% di demenze; a questo si è affiancato un raddoppio della prevalenza delle disabilità gravi (da 4 a 8%). Alcune di queste condizioni potranno essere oggetto nel futuro di una compressione della incidenza della morbosità, grazie agli effetti dilazionati del miglioramento già avvenuto nelle condizioni e nelle abitudini di vita delle nuove generazioni che stanno invecchiando, e anche in forza delle politiche di "active aging" che verranno eventualmente intraprese. Andrebbe studiato se questo andamento sarà in grado di contrastare gli effetti del progressivo invecchiamento della popolazione sull'aumento della prevalenza della morbosità cronica e della disabilità. Per gran parte di questi fenomeni non sono disponibili stime affidabili sulle previsioni di andamento temporale nei prossimi anni. È vero che la prevalenza di disabilità è diminuita in alcuni Paesi, ma l'invecchiamento della popolazione può incidere sull'aumento del numero di anziani con disabilità grave che necessitano di assistenza a lungo termine.

Molti altri andamenti epidemiologici favorevoli che sono stati osservati in questi ultimi anni sono correlati all'impatto di specifiche misure di prevenzione o di assistenza, che verosimilmente continueranno a produrre i loro benefici nel futuro: la diminuzione della mortalità per tumori del polmone tra gli uomini (per una maggiore diffusione della cessazione nel fumo), un aumento del tasso di copertura vaccinale tra i bambini e tra gli anziani (per una maggiore efficacia degli interventi di diffusione), una diminuzione del tasso di gravidanze precoci e del tasso di abortività volontaria (per una maggiore diffusione della contraccezione), una diminuzione del tasso di infortuni sul lavoro (per la deindustrializzazione), una diminuzione del tasso di incidentalità stradale (per misure preventive di controllo su alcool e patente a punti), la diminuzione della mortalità per AIDS (per l'efficacia delle cure).

Tra gli andamenti sfavorevoli si potrebbero ricordare la persistenza di problemi ambientali soprattutto nelle grandi città (qualità dell'aria, emergenze stagionali come le ondate di calore, rumore), la crescita del numero di contagi per malattie sessualmente trasmesse, l'aumento del contenuto energetico delle diete e l'aumento dell'obesità, l'aumento della sedentarietà, l'aumento del consumo di alcool e di nuove droghe tra i giovani. Tra gli anziani andamenti sfavorevoli sono attesi per l'aumento della demenza, delle cadute, dell'abuso o dell'uso scorretto di farmaci, della solitudine e dell'impatto delle barriere architettoniche in casa e nella città.

Per quanto riguarda i disturbi mentali, in Italia, secondo l'indagine ESEMeD (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders), nel 2002-2003 la prevalenza di coloro che avevano sofferto di uno o più disturbi mentali non psicotici nei dodici mesi precedenti l'intervista è stata del 7,3%; i disturbi più frequenti sono stati quelli d'ansia, con una prevalenza annuale del 5,1% e quelli depressivi, con una prevalenza annuale del 3,5%. I disturbi mentali sono risultati più frequenti nelle donne, nei disabili e nelle casalinghe. I disturbi depressivi sono risultati più frequenti nei disabili, nelle donne e nei disoccupati e meno frequenti nelle persone di scolarità elevata (più di 13 anni). Rispetto agli altri paesi europei la prevalenza dei disturbi è risultata relativamente bassa.

In tema di bisogno non espresso, anche sulla non autosufficienza dell'anziano si conosce solo la quota del bisogno che si trasforma in domanda, e, persino anche su questa quota non si dispone ancora di adeguati sistemi informativi sul piano regionale; non è invece nota la prevalenza e la distribuzione di questi problemi nella popolazione generale, inclusiva della quota di bisogno che non trova espressione in una domanda di servizi.

Nuovi punti di vista consentono di intravedere anche nuovi problemi di salute. Ad esempio le differenze di genere richiamano da un lato il tema della violenza a sfavore delle donne e il tema delle varie forme di discriminazione delle donne nel mercato del lavoro o nell'accesso ad ambienti naturali e cittadini per paura di violenze; dall'altro rovesciando la medaglia, il tema del maggior rischio dei maschi per i comportamenti pericolosi.

Infine va ricordato che la globalizzazione delle nostre società può apportare opportunità, ma può anche introdurre nuove minacce, ad esempio nuove malattie trasmissibili (BSE, SARS, influenza aviaria sono gli esempi più noti degli ultimi anni).

1.b.2. Quadro demografico

La situazione demografica al 2015 mostra un Piemonte più vecchio, con un saldo naturale negativo tra quelli più sfavorevoli nel panorama nazionale, pari a -20.679. Il peggioramento del bilancio naturale è dovuto ad una significativa diminuzione di nascite e un notevole aumento di decessi. In realtà, le nascite sono in diminuzione dal 2008, anno in cui si era raggiunto l'apice di un periodo di ripresa della natalità in concomitanza con l'afflusso migratorio intenso soprattutto dall'estero.

Nella dinamica migratoria, infatti, il Piemonte attrae come altre regioni del Centro Nord gli immigrati stranieri, unico gruppo che contribuisce ad un significativo recupero della fecondità, nonostante oggi si assista ad una diminuzione delle nascite anche da coppie di origine straniera.

La dimensione della famiglia rimane piuttosto piccola, con un numero medio di figli per il 2015 pari a 1,35 figli per donna e con un numero medio di componenti tra i più bassi in Italia.

Il livello di istruzione, innalzatosi in questi anni in tutto il paese, mostra lievi segnali di ripresa: uno dei fenomeni più preoccupanti legati al mondo dell'istruzione, relativo agli abbandoni scolastici dopo le medie, sembra difatti essersi fortemente ridotto negli ultimi anni. Inoltre, nel 2015, la percentuale dei giovani 25-34enni con almeno un titolo di studio di scuola superiore (comprese le qualifiche) in Piemonte si attesta, nel complesso, al 73,5%, registrando un livello simile, anche se di poco inferiore, a quanto si osserva per la media italiana (74,4%).

Un'ulteriore precisazione va fatta in merito ai giovani che non lavorano e al contempo non sono più in formazione o istruzione, identificati con l'acronimo Neet (Neither in employment, nor in education or training) con l'obiettivo di circoscrivere soggetti che non partecipano attivamente alla vita sociale, verso i quali indirizzare le politiche di contrasto all'emarginazione. Nel 2014, secondo le stime dell'ISTAT sono il 21,3% dei giovani nella classe di età che va dai 15 ai 29 anni: rispetto alle aree italiane, il tasso piemontese si colloca in una posizione intermedia, tra i tassi più elevati che si registrano in alcune regioni del sud (30-40%) e, all'opposto, i tassi più contenuti delle regioni del Nord Est e della Lombardia (14-18%).

Con riferimento alla rilevazione dell'indagine Istat sul mercato del lavoro, si afferma una dinamica positiva che sembra essersi consolidata nel 2015 con 26 mila addetti in più, nella media annua, e variazioni positive in tutti i trimestri dell'anno, Ciò nonostante, il tasso di disoccupazione piemontese pari al 10,4% nel 2015 permane notevolmente più elevato rispetto alla media delle regioni settentrionali (8,1%) e si colloca di poco al di sotto della media nazionale (11,9%).

La crescita del PIL risulta simile a quella italiana (+0,75% contro +0.8) ed è sostenuta nel corso del 2015 dalla domanda interna per consumi (+1,1%) e dalla ripresa del reddito disponibile (+1,7%). Il reddito medio per abitante risulta superiore alla media italiana ma inferiore alla media del nord Italia. Nel 2014 le famiglie in condizioni di povertà relativa rappresentano il 6% delle famiglie residenti.

La povertà è concentrata particolarmente nelle famiglie numerose, fra gli anziani che vivono soli, in quelle con capofamiglia disoccupato e con bassa istruzione. I fenomeni demografici più significativi per l'impatto sulla salute e sulla sanità sono l'invecchiamento della popolazione e l'immigrazione da paesi poveri ad alta pressione demografica. In particolare, l'indice di invecchiamento, come rapporto

percentuale tra la classe di età 65 anni ed oltre e quella 0-14 anni, conferma il Piemonte come regione in cui il processo di invecchiamento della struttura di popolazione è molto avanzato rispetto ad altre regioni italiane ed europee.

L'invecchiamento ha un impatto sulla salute che si esprime su numerosi aspetti. A breve termine infatti, si sta osservando un invecchiamento progressivo della forza di lavoro, di dimensioni mai viste prima. Questo fenomeno può avere delle conseguenze inedite sulla salute che occorrerebbe prendere in considerazione in modo tempestivo. La prima conseguenza riguarda i riflessi negativi per la salute fisica e mentale dettati dalle necessità di un lavoratore che invecchia di adattarsi ad un posto di lavoro e ad una mansione che sono stati progettati per una forza di lavoro più giovane.

Sempre sul versante sociale ed economico, ma più a medio termine, ci si può attendere che il progressivo invecchiamento della popolazione cambi radicalmente la domanda di beni e servizi: tra i beni e servizi ci sarà più bisogno di quelli relativi all'assistenza sanitaria; il settore sanitario diventerà ancor più un volano di sviluppo economico per la produzione di beni e servizi per una popolazione di consumatori che mostrerà bisogni e preferenze decisamente nuovi rispetto al passato. Si stima che questo fenomeno possa comportare un aumento di circa il 30% nei prossimi 30 anni nel fabbisogno di assistenza, soprattutto di lungoassistenza. Maggiori attese sono legate alle politiche che cercano di comprimere la morbosità. In proposito però la letteratura offre risultati controversi; infatti le politiche di prevenzione sul fumo o sull'obesità, ad esempio, possono ridurre la morbosità correlata, ma non quella che la sostituirebbe in età più avanzate, e non è quindi dimostrato che queste politiche possano avere un impatto sempre favorevole sui costi dell'assistenza sanitaria.

1.b.3. Quadro socio-economico

In Piemonte, come in tutte le regioni più ricche dell'Europa, si osservano ancora importanti variazioni di salute. La geografia dei principali indicatori di mortalità in Piemonte mette in evidenza uno svantaggio delle aree montane rispetto al resto del territorio, con la sola eccezione di parte della Valle di Susa. Questa geografia ricalca quella della povertà materiale e della rete sociale. La stessa correlazione tra mortalità e povertà si osserva a livello comunale a Torino e rimane piuttosto stabile negli ultimi tre decenni. Per dare una dimensione all'impatto di questo fenomeno, nel caso torinese si può stimare che negli anni Duemila la speranza media di vita tra gli uomini residenti in zone ricche sia di quattro anni di vita più alta che tra i residenti in zone più povere. Occorre notare che queste disuguaglianze a loro volta sono più intense tra i giovani e gli adulti che non tra gli anziani.

Dunque la dimensione che spiega maggiormente l'eterogeneità geografica nella salute è quella della posizione sociale.

Le variazioni sociali nella salute sono evidenti in relazione ad un'ampia gamma di indicatori di salute: incidenza e mortalità per la maggior parte delle malattie, esposizione a fattori di rischio ambientali e comportamentali. Inoltre fattori quali: risorse culturali e di competenze (istruzione), risorse economiche (reddito, caratteristiche dell'abitazione), risorse di potere (status, posizione professionale), risorse di aiuto familiare e amicale (stato civile, rete sociale), influenzano in modo

indipendente la salute lungo tutto l'arco della vita. Ad esempio, sempre a Torino negli anni Duemila la speranza di vita tra i lavoratori manuali addetti a lavori meno qualificati è inferiore di quasi tre anni rispetto a quella dei dirigenti.

Una caratteristica significativa di questo impatto è che si manifesta non solo agli estremi più svantaggiati, ma lungo tutta la scala sociale: a qualsiasi livello della scala, comunque la si misuri, la salute di chi sta in una determinata posizione è migliore di quella di chi sta nella posizione immediatamente inferiore ed è peggiore di quella di chi sta nella posizione immediatamente superiore (cosiddetta Status syndrome, o gradiente sociale).

Ci sono indizi diretti (cioè rilevati sulle misure di salute) e indiretti (cioè proiezioni sulle variazioni nella salute derivanti dall'andamento della distribuzione sociale dei fattori di rischio) che dimostrano che l'eterogeneità sociale nella salute, se non contrastata, si allargherà di intensità (distanza relativa tra più e meno svantaggiati) e per qualche dimensione sociale anche di estensione (proporzione di casi attribuibile a queste differenze), soprattutto in un ciclo economico sfavorevole.

In conclusione, le variazioni geografiche nella salute e con esse, o più spesso dietro di esse, le disuguaglianze sociali nella salute sono un fenomeno che contemporaneamente:

- dimostra l'esistenza di problemi di salute potenzialmente risolvibili (poiché documentano che qualche area geografica o qualche fascia sociale è stata capace di raggiungere risultati migliori di salute);
- rivela i determinanti strutturali, le condizioni di vita e i comportamenti delle persone e delle comunità che più influenzano la salute (in modo diseguale) e che, essendo noti, possono essere contrastati con adeguate politiche ed interventi.

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

Le politiche di controllo della domanda di ricovero negli anni passati hanno promosso:

- un maggior controllo dell'offerta;
- la riduzione dell'ospedalizzazione ordinaria soprattutto a carico dei ricoveri inappropriati di area medica;
- la contrazione dei ricoveri, anche attraverso la limitazione della degenza media e una maggiore occupazione.

Molto meno controllata sembra la domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali o da pronto soccorso.

Si evidenzia che i fattori di bisogno e di offerta influenzano l'uso dei servizi sanitari in Piemonte. In particolare il livello socioeconomico, utilizzato nelle analisi precedenti come indicatore indiretto di bisogno (oltre all'età), risulta essere un determinante statisticamente significativo sia del ricorso all'ospedalizzazione, che dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'uso di farmaci. La dimensione occupazionale risulta maggiormente coinvolta nella spiegazione della variabilità, poiché si osserva che quote maggiori di disoccupazione sono associate positivamente con l'uso di assistenza specialistica e farmaceutica, mentre eccessi di uso di assistenza ospedaliera e farmaceutica si osservano laddove la percentuale di lavoratori manuali

risulta più elevata.

L'attenzione della programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria deve quindi concentrarsi a correggere le disparità di accesso in termini fisici, a garanzia dell'accessibilità dei servizi, controllando per quanto possibile la coerenza dell'offerta sanitaria rispetto al fabbisogno di assistenza delle aree di influenza.

Una quantificazione della domanda di prestazioni di assistenza ospedaliera, almeno della quota di "domanda espressa", è desumibile dall'analisi dei ricoveri che hanno interessato la popolazione residente in Regione. I dati sono riferiti all'anno 2013 e riguardano le strutture pubbliche e private.

**PRODUZIONE PRESID OSPEDALIERI PUBBLICI
NUMERO DI RICOVERI TOTALI SUDDIVISI IN ORDINARI E DI DAY HOSPITAL**

Popolazione totale 1/1/2014	Posti letto	PL. O	N. RO	PL. DH	N. DH	Totale PL	Totale Ricoveri
4.436.798	Acuti	9.764	338.720	1.727	168.456	11.491	507.176
	Post-acuti	1.015	11.090	56	2.025	1.071	13.115
	Totale	10.779	349.810	1.783	170.481	12.562	520.291

Fonte dati: SDO 2013; flussi NSIS HSP 12-13 al 30.06.2014.

**PRODUZIONE PRESID EQUIPARATI, IRCCS E PRIVATI ACCREDITATI
NUMERO DI RICOVERI TOTALI SUDDIVISI IN ORDINARI E DI DAY HOSPITAL**

Posti letto	PL. O	N. RO	PL. DH	N. DH	Totale PL	Totale Ricoveri
Acuti	1.349	49.793	247	31.344	1.596	81.137
Post-acuti	3.484	37.083	60	840	3.544	37.923
Totale	4.833	86.876	307	32.184	5.140	119.060

Fonte dati: SDO 2013; flussi NSIS HSP 12-13 al 30.06.2014.

**PRODUZIONE REGIONALE PUBBLICO E PRIVATO
NUMERO DI RICOVERI TOTALI SUDDIVISI IN ORDINARI E DI DAY HOSPITAL**

Posti letto	PL. O	N. RO	PL. DH	N. DH	Totale PL	Totale Ricoveri
Acuti	11.113	388.513	1974	199.800	13.087	588.313
Post-acuti	4.499	48.173	116	2.865	4.615	51.038
Totale	15.612	436.686	2090	202.665	17.702	639.351

Fonte dati: SDO 2013; flussi NSIS HSP 12-13 al 30.06.2014.

Ai fini della stima del fabbisogno di assistenza collegato al nuovo PSRI si potrebbe concludere che la progettazione delle caratteristiche di offerta dei nuovi ospedali dovrebbe tenere conto di margini di miglioramento, sia nella durata media di degenza, sia nella riduzione dei ricoveri e delle procedure, e quindi dei posti letto per ricoveri ordinari (soprattutto in considerazione della forte influenza che esercitano nell'induzione della domanda) attraverso manovre di recupero di appropriatezza organizzativa e tecnica, fuori e dentro l'ospedale, a patto che si organizzi adeguatamente sul territorio la funzione di presa in carico del paziente dimesso.

Questa tendenziale contrazione della durata media di degenza e del numero di ricoveri favorisce il raggiungimento dei nuovi standard di dotazione di posti letto

prevista dal Patto per la Salute 2014-2016, non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

DOTAZIONE REGIONALE POSTI LETTO PUBBLICO E PRIVATO

	PL RO	PL DH	Totale PL	%
Acuzie	11.113	1.974	13.087	73,93
Post-acuzie	4.499	116	4.615	26,07
Totale	15.612	2.090	17.702	100
%	88	12	100	

Fonte dati: SDO 2013; flussi NSIS HSP 12-13 al 30.06.2014.

DOTAZIONE REGIONALE POSTI LETTO SECONDO GLI STANDARD

Posti letto	Standard nazionale per mille abitanti	Applicazione dello standard alla popolazione
Acuzie	3	13.310
Post-acuzie	0,7	3.106
Totale	3,7	16.416

Con la Deliberazione della Giunta Regionale 19 novembre 2014, n. 1-600 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard di legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" sono stati determinati una serie di requisiti per una buona sanità:

- classificazione delle strutture ospedaliere piemontesi in tre livelli a complessità crescente:
 - o presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, prevedendo il mantenimento di presidi con funzioni ridotte di pronto soccorso per zone particolarmente disagiate ovvero distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso;
 - o presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti;
 - o presidi di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti);
- rimodulazione della rete di Emergenza-Urgenza in simmetria con la rete Ospedaliera secondo il concetto di Hub & Spoke, alla luce sia dei bacini di utenza che della copertura delle zone disagiate, ridefinendo altresì le interdipendenze con il 118. L'adeguata strutturazione delle due reti secondo la logica sopra esposta, costituisce infatti l'architrave sul quale rimodulare le reti delle patologie complesse e la loro interazione con la rete territoriale;
- organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria secondo modalità operative che prevedano sia forme organizzative mono-professionali, denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT ogni 20.000-30.000

abitanti), nonché forme organizzative multi-professionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). La Regione è chiamata a disciplinare le UCCP privilegiando la costruzione di reti di poliambulatori dotati di strumentazione di base che operino in coordinamento con le strutture ospedaliere. La normativa indica che le UCCP possano essere una, massimo due per Distretto, considerando un dimensionamento dello stesso con un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti.

La concreta realizzazione di un processo di appropriatezza, riducendo i ricoveri inappropriati, consente che si liberi presso gli ospedali una capacità produttiva che potrà essere utilizzata per ristrutturare la rete ospedaliera. In particolare, il numero di ricoveri appropriati degli ospedali, prodotti dalla rete ospedaliera futura, si riduce complessivamente rispetto alla situazione esistente con la conseguenza che la realizzazione della nuova rete ospedaliera comporterà l'erogazione di prestazioni presso ospedali in grado di garantire la sicurezza e la qualità di cura, nonché la riconversione di alcuni Presidi Ospedalieri in strutture territoriali. Questo al fine di permettere il proseguimento in strutture territoriali del percorso di dimissione protetta, nell'ottica di un ulteriore risparmio di giornate di degenza inappropriate negli ospedali per acuti.

La riduzione dei ricoveri a seguito delle indicazioni descritte al precedente punto comporta la possibilità di una ridistribuzione delle discipline ospedaliere ed in tal senso potrà assumere notevole rilevanza una rivisitazione dei rapporti tra Servizio Sanitario Regionale e Università laddove gli stessi possano presentare delle aree di criticità con una distribuzione di specialità e di erogazione di prestazioni di ricovero non in linea con le esigenze regionali: in tale ottica dovrà essere riservata particolare attenzione alla problematica al fine di non penalizzare l'attività didattica e la ricerca. Per quel che riguarda le criticità di accesso, è da osservare che sul territorio metropolitano di Torino l'assistenza ospedaliera di base (a bassa complessità) dell'area materno-infantile, specialmente nelle discipline di ostetricia, ginecologia e pediatria, presenta una eccessiva concentrazione nell'area di Torino sud, dove si trovano i Presidi Ospedalieri monospécialistici OIRM e Sant'Anna che trattano anche gran parte della casistica a bassa complessità a favore dei residenti nelle zone di Torino nord e ovest, nei cui Presidi del territorio l'offerta di assistenza ospedaliera di base nelle discipline sopra citate risulta in alcuni casi assente o insufficiente. In tal modo si determina una duplice anomalia, da un lato per la criticità di accesso all'assistenza di base che dovrebbe trovare risposta nei Presidi di riferimento territoriale, dall'altro per il ricorso inappropriato all'ospedale di riferimento regionale per trattare casistica a bassa complessità.

È prevista una riallocazione dell'attività di bassa-media complessità di Ostetricia con annessa Pediatria (vedi pagg successive), presso altri Ospedali sede di DEA dell'area metropolitana di Torino, con un riequilibrio organizzativo e territoriale. Oltre ai benefici di prossimità territoriale, la manovra di riordino della rete materno infantile permetterà di elevare tutti i punti-nascita dell'area torinese a strutture di prim'ordine tra i punti nascita di II livello. L'impostazione generale così delineata per l'assistenza materno-infantile contribuisce alla progressiva razionalizzazione della rete dei punti nascita sul territorio finalizzata alla gestione corretta ed efficiente del percorso nascita, garantendo i necessari livelli di assistenza derivanti dall'effettuazione del numero minimo di parti previsti dagli standard nazionale ed

internazionali. Tale organizzazione permetterà di ricondurre l'assistenza del livello ospedaliero entro i principi di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse, partendo dal presupposto dell'efficacia della prestazione. Gli interventi di potenziamento della rete dei servizi pediatrici permetteranno inoltre di creare aree di assistenza e di degenza specificatamente dedicate alle discipline pediatriche, in modo che la popolazione pediatrica, per qualunque tipo di patologia e per quanto compatibile con le specifiche esigenze di cura, sia assistita in strutture adeguate e specializzate.

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

La realizzazione del PSRI è inserita nell'ambito dei percorsi di riordino della rete sanitaria regionale e degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie previsti dal PSSR 2012-2015, non può prescindere dall'analisi delle modalità di relazione degli utenti con il Sistema Sanitario Regionale, con particolare riferimento ai flussi di mobilità dei pazienti ed alle aree gravitazionali dei singoli ospedali, da considerarsi punti di partenza per valutare e progettare la rispondenza dei sistemi al fabbisogno dei territori di riferimento.

Ne consegue pertanto che l'influenza che il riassetto della rete ospedaliera regionale avrà sui flussi della mobilità dei pazienti, è correlato al raggiungimento dei seguenti obiettivi previsti dal PSSR 2012-2015:

- organizzazione per livelli di specializzazione ed ambiti di competenza, in relazione ai volumi per complessità della casistica;
- adeguamento agli standard di offerta ospedaliera in relazione al fabbisogno dei territori di riferimento in termini di dimensionamento dei servizi, accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema;
- promozione di qualità, sicurezza ed innovazione strutturali e tecnologiche, a supporto di una più ampia riorganizzazione delle reti dell'assistenza sanitaria.

A livello Regionale, dopo un incremento progressivo protrattosi fino al 2001, nel periodo 2001-2013 la mobilità ha iniziato lentamente a decrescere.

I dati disponibili nel PSSR 2007-2010 consentono un'analisi della mobilità dal 2001 al 2005. A livello Regionale la mobilità, dopo un incremento progressivo protrattosi fino al 2001, ha iniziato lentamente a decrescere (nel 2004 il 7,8% dei ricoveri di residenti è avvenuto al di fuori della Regione contro l'8,1% nel 2001).

Secondo i dati NSIS relativi all'anno 2013, sono stati oltre 47.000 i casi piemontesi di mobilità passiva verso altre regioni, in primis Lombardia e Liguria. Essi hanno generato una spesa pari a 171 milioni di euro di cui 146 per le acuzie. Per citare alcuni esempi, 1998 sono stati i casi di mobilità verso la clinica Humanitas per un costo di 9,9 milioni; 1215 verso il San Raffaele con un costo di oltre 7 milioni; 1705 casi verso il Policlinico San Matteo di Pavia per un totale di 6,6 milioni.

Considerando la mobilità attiva regionale, il saldo negativo relativo all'anno 2013 è pari a circa 23 milioni di euro.

Analisi della mobilità regionale per l'anno 2013

Nelle tabelle successive viene presentata un'analisi della mobilità attiva e passiva fuori Regione, con la relativa valorizzazione economica espressa in milioni di euro.

MOBILITÀ ATTIVA REGIONE PIEMONTE – ANNO 2013

Numero di ricoveri	N. RO	N. DH	Totale
Acuzie	22.551	9.659	32.210
Post-acuzie	6.299	72	6.371
Totale	28.850	9.731	38.581
Giornate - Accessi	GG RO	Accessi DH	Totale
Acuzie	145.599	14.670	160.269
Post-acuzie	169.800	806	170.606
Totale	315.399	15.476	330.875
Valore in milioni di euro	Valore RO	Valore DH	Totale
Acuzie	102,5	13,6	116
Post-acuzie	31,6	0,1	31,8
Totale	134,1	13,7	147,8

Fonte dati: flussi NSIS HSP 12-13.

MOBILITÀ PASSIVA REGIONE PIEMONTE – ANNO 2013

Numero di ricoveri	N. RO	N. DH	Totale
Acuzie	30.950	10.433	41.383
Post-acuzie	3.807	209	4.016
Totale	34.757	10.642	45.399
Giornate - Accessi	GG RO	Accessi DH	Totale
Acuzie	181.544	18.922	200.466
Post-acuzie	95.062	2.194	97.256
Totale	276.606	21.116	297.722
Valore in milioni di euro	Valore RO	Valore DH	Totale
Acuzie	130,4	15,2	146
Post-acuzie	24,9	0,5	25
Totale	155,2	15,6	171

Fonte dati: flussi NSIS HSP 12-13.

SALDO DELLA MOBILITÀ FUORI REGIONE PIEMONTE – ANNO 2013.

Numero di ricoveri	N. RO	N. DH	Totale
Acuzie	-8.399	-774	-9.173
Post-acuzie	2.492	-137	2.355
Totale	-5.907	-911	-6.818
Giornate - Accessi	GG RO	Accessi DH	Totale
Acuzie	-35.945	-4.252	-40.197
Post-acuzie	74.738	-1.388	73.350
Totale	38.793	-5.640	33.153
Valore in milioni di euro	Valore RO	Valore DH	Totale

Acuzie	-27,9	-1,6	-29,5
Post-acuzie	6,8	-0,3	6,4
Totale	-21,2	-1,9	-23,1

Fonte dati: flussi NSIS HSP 12-13.

1.b.6. Offerta ante operam

L'offerta di attività ospedaliera

Complessivamente la dotazione di posti letto della Regione Piemonte è quella indicata nelle seguenti tabelle.

POSTI LETTO OSPEDALIERI TOTALI (PUBBLICI E PRIVATI).

Posti Letto	PI da HSP				Standard Legge 7 agosto 2012, n. 135	Posti Letto teorici	Differenza posti letto reali – posti letto teorici
	RO	DH	Totale	PL/1000 abitanti			
Acuzie	10753	1.875	12.628	2,8	3,0 pl ogni 1000 abitanti	13.310	- 682
Post-acuzie	4.382	109	4.491	1,0	0,7 pl ogni 1000 abitanti	3.106	1.385
Totale	15.135	1.984	17.119	3,88	Popolazione 4.404.246	16.416	703

Fonte dati: flussi NSIS HSP al 1.1.2016

RICOVERI, GIORNATE DI DEGENZA E NUMERO POSTI LETTO TOTALI REGIONE PIEMONTE ANNO 2015

ASL/AO	N. Ricoveri Totali	GG. di degenza	Popolazione
TO1	26.094	161.167	473.712
TO2	59.244	406.910	416.817
TO3	31.848	378.507	585.282
TO4	46.490	541.328	518.323
TO5	31.458	216.843	310.315
VC	21.013	138.379	172.012
BIELLA	18857	146.500	171.507
NOVARA	22.007	212.629	349.042
VCO	26.976	272.993	170.587
CN1	29.220	254.568	418.913
CN2	25.849	176.566	171.630
AT	22.569	179.590	205.299
AL	44.736	261.963	440.807

AO CdSS	94.133	592.061	/
AO Mauriziano	21.434	144.108	/
AO S. Luigi	17.004	130.041	/
AO Cn	33.240	203.355	/
AO AL	27.354	192.486	/
AO Novara	32.474	181.418	/

Fonte dati: flussi NSIS HSP 2015.

Si dà atto, in particolare, che la realizzazione del progetto Parco della Salute della Ricerca e dell'Innovazione (PSRI)– operando una riduzione del numero attuale dei posti letto e, contemporaneamente, determinando l'opportunità della revisione della rete dei presidi dell'area metropolitana verso obiettivi di efficacia, efficienza ed appropriatezza delle prestazioni e dei volumi di attività attesi – contribuisce all'allineamento degli indici attuali a quelli dello standard di cui alla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e D.G.R. 1-600 e successive modifiche ed integrazioni.

Nel seguito si descrivono i ruoli e le attività svolte dalle Aziende ospedaliere che saranno oggetto di riorganizzazione a seguito della realizzazione del PSRI di Torino. Inoltre, in relazione all'obiettivo di riassetto della rete ospedaliera e di riordino dell'assistenza materno-infantile nell'area metropolitana di Torino, si illustrano nel dettaglio le attività degli altri presidi potenzialmente coinvolti nel riordino.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria "Città della Salute e della Scienza" di Torino

Presidio Ospedaliero Molinette

L'A.O.U. San Giovanni Battista di Torino, corrispondente all'odierno PO Molinette, era un'Azienda Ospedaliero Universitaria multispecialistica di rilevanza nazionale, integrata con l'Università, e con funzioni di assistenza, insegnamento e ricerca.

L'attività dell'Azienda era caratterizzata dalle seguenti macrofunzioni:

- funzione assistenziale: l'Azienda era orientata sia alla gestione delle patologie ad alta complessità attraverso un approccio multidisciplinare, sia alla definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, garantendo la continuità nell'emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell'ambito dell'eccellenza.
- funzione didattica: l'Azienda era sede di tutti i livelli dell'organizzazione formativa, ovvero Corsi di Laurea in professioni sanitarie, Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea in Odontoiatria, Corso di Laurea in Biotecnologie in convenzione con il Politecnico, Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Formazione continua degli operatori sanitari successiva all'abilitazione professionale, anche nell'ottica dell'adempimento dell'Educazione Continua Medica prevista dal Ministero della Sanità;
- funzione di ricerca di base e clinica: l'Azienda realizzava attività di ricerca volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.

Nella sua attività operativa l'azienda nel tempo aveva rafforzato il suo ruolo mediante un interesse continuo ad aumentare la qualità dell'assistenza ed il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori. L'Azienda aveva consolidato una posizione di eccellenza in particolare per il trattamento delle patologie delle aree:

- delle emergenze cliniche complesse riferibili ad insufficienza acuta e cronica di uno o più organi, della medicina interna e specialistica con centri clinici di eccellenza, dei percorsi di emergenza con particolare attenzione alle patologie cardiovascolari, neurovascolari, nefrourologiche, broncopneumologiche e metaboliche;
- dell'oncologia;
- della chirurgia d'alta complessità clinico-tecnologica.
- dei trapianti di organi, tessuti e cellule, anche mediante la promozione delle iniziative volte all'aumento della donazione di organi e tessuti e alla sensibilizzazione della popolazione

Il Centro Trapianto di rene e di fegato del Presidio Ospedaliero Molinette si è collocato al secondo posto per volumi di attività a livello nazionale. In particolare, nel corso del 2015, presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - PO Molinette - sono stati eseguiti 97 trapianti di rene, di cui 3 come trapianti di rene doppio, 5 di rene e fegato e 8 da donatore vivente. Nel corso del 2015, nel Presidio Ospedaliero in oggetto sono stati effettuati 108 trapianti di fegato, di cui 5 su ricevente pediatrico. Di tutti i trapianti di fegato eseguiti nel PO Molinette 4 prevedevano interventi innovativi di trapianti di parti del fegato (split), 5 trapianti combinati fegato e rene e uni di fegato e pancreas. Inoltre, il Centro Trapianti di polmone con 16 trapianti (di cui uno cuore polmoni) eseguiti nell'anno, si è collocato al terzo posto su scala nazionale. Se si valuta nel tempo l'attività di trapianto di polmone si può osservare un significativo aumento nell'ultimo triennio (19 trapianti di polmone nel 2013, 20 nel 2014 e 16 nel 2015). Nel corso del 2015, sono stati eseguiti 15 interventi di trapianto di cuore. Complessivamente nel corso della sua attività nel PO Molinette sono stati effettuati 3054 trapianti di rene, 2779 di fegato, 569 di cuore, 258 di polmone e 52 di pancreas.

La Banca delle Cornee della Regione Piemonte è stata istituita con DGR n.° 51-3035 del 21 maggio 2001 presso il PO Molinette. L'attività di tale centro è cominciata nell'ottobre 2001, raggiungendo la piena operatività dal luglio dell'anno seguente. La Banca delle Cornee si prefigge, rispetto all'attività di raccolta, selezione e distribuzione dei tessuti, di ridurre i tempi d'attesa del trapianto, garantire la sicurezza dei tessuti, e garantire la qualità dei tessuti. Nel 2015, in Piemonte e in Valle d'Aosta, sono state prelevate 872 cornee da 445 donatori. L'incremento rispetto all'anno precedente è pari al 2,5%. Del totale delle cornee prelevate ne sono risultate idonee il 48%, con un miglioramento risultando migliore di quello del 2014 (+3%). L'attività di trapianto ha mostrato un lieve aumento (+2,5%) dei trapianti, in controtendenza con l'anno precedente.

L'analisi dei dati di attività indicava anche uno sviluppo dell'AOU verso il ruolo di "ospedale territoriale", infatti metà della casistica trattata dall'Azienda Molinette afferiva alle aree di medicina, neurologia, chirurgia generale, dermatologia e otorinolaringoiatria. Nonostante questo ruolo di ospedale territoriale per l'area di

Torino sud, all'Azienda non era assicurata una relazione funzionale privilegiata con le strutture di post acuzie territoriali.

Nell'arco degli ultimi anni in ambito, clinico le procedure diagnostiche e interventistiche ad alta tecnologia si sono notevolmente sviluppate. Anche in tale ambito, il PO Molinette presenta un ruolo importante. A tale ambito afferiscono procedure diagnostiche, ma anche chirurgiche quali quelle di chirurgia robotica. Per esempio, nell'ambito della chirurgia urologica robotica sono possibili presso il PO Molinette interventi di prostatectomia radicale robotica, nefrectomia parziale robotica, cistectomia radicale robotica, pieloplastiche robotiche, e prelievo di rene per trapianto da vivente. Nel corso del 2015, la Città della Salute e della Scienza di Torino ha acquistato l'ultimo modello di Robot Da Vinci, un'apparecchiatura che permette ad un singolo chirurgo di azionare simultaneamente 4 bracci robotici, consentendogli così di eseguire movimenti estremamente precisi nel corso di interventi chirurgici ad elevata complessità. Attraverso questa tecnologia di ultima generazione, si intende conferire un ulteriore impulso al programma di sviluppo della chirurgia robotica non solo attraverso un consolidamento del suo utilizzo in urologia e chirurgia generale (asportazione di tumori del retto e dello stomaco), ma anche mediante l'ampliamento ad altre specializzazioni chirurgiche (chirurgia ginecologica, otorinolaringoiatria e chirurgia maxillo facciale) con l'obiettivo di porsi quale polo regionale di riferimento multidisciplinare per la chirurgia robotica. Inoltre, tipologie innovative di trapianto (come quello di parti del fegato – split – o di trapianto di entrambi i reni o dei polmoni in blocco) rimangono opzioni importanti e in crescita.

Presidio Ospedaliero Infantile Regina Margherita – Presidio Ospedaliero Sant'Anna

I due Presidi Ospedalieri costituivano un'Azienda riconosciuta di rilievo nazionale ad alta specializzazione materno infantile.

L'OIRM è specializzato nella prevenzione, diagnosi e cura delle varie malattie dell'età infantile. Con il Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza, la scuola di specialità in Neuropsichiatria infantile, i corsi di laurea in Infermieristica Pediatrica e Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva, dell'Università di Torino, era garantita una qualificante attività assistenziale, di didattica e ricerca scientifica.

La risposta alle emergenze sanitarie pediatriche è assicurata dal Dipartimento Emergenza e Accettazione.

L'OIRM, con la presenza di tutte le specialità mediche, chirurgiche e diagnostiche è centro di riferimento per neonati, bambini e adolescenti per le patologie più complesse, rare e croniche. Fornisce prestazioni di alta specializzazione pediatrica, in considerazione della presenza delle specialità quali l'Onco-Ematologia e il centro Trapianti di cellule staminali, la Cardiologia interventistica e la Cardiochirurgia, la Neurochirurgia, il Centro Trapianti di Rene e Cuore, il Centro Grandi Ustionati, la Chirurgia Neonatale. L'OIRM è il centro di riferimento di reti quali la: Rete Audiologica per gli impianti cocleari, rete di Telemedicina Pneumologica per l'assistenza all'insufficienza respiratoria cronica dei pazienti in età evolutiva. Inoltre è inserito nella Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta, Rete Malattie Rare, Rete Trapianto d'Organo pediatrico, Rete Allergologica.

Per i pazienti pediatrici in carico presso l'OIRM, nel presidio ospedaliero Molinette sono presenti attività di transizione relative alle singole patologie e sono previsti percorsi di cura specifici dedicati per il paziente pediatrico in transizione. Questi

percorsi “facilitati” presentano, come elemento principale, la costituzione di un ambulatorio Transitional Care interdisciplinare presso il DH Centralizzato del Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica, nel quale settimanalmente vengono valutati i pazienti inviati dal Presidio Ospedaliero Regina Margherita. Inoltre, è prevista un’area comune sul sistema informativo aziendale poter accedere ad una relazione riassuntiva della storia clinica del paziente in età pediatrica.

Presso l'OIRM è attiva la SC di Oncoematologia Pediatrica, che si occupa di diagnosi, terapia e follow-up delle patologie onco-ematologiche dell'infanzia, quali leucemie acute, leucemia mieloide cronica, tumori del sistema nervoso centrale, neuroblastoma, nefroblastoma, tumori ossei, sarcomi delle parti molli, istiocitosi, linfomi di Hodgkin e non-Hodgkin, e tumori rari. La struttura comprende inoltre il Centro Trapianti di cellule staminali e di terapia cellulare. Sul Centro Trapianti del PO O.I.R.M. si concentra l’attività di trapianto pediatrico dell'intera regione Piemonte. Nel 2015 sono stati eseguiti, presso tale centri, 36 trapianti allogenici e 6 autologhi. Il Laboratorio del Centro Trapianti comprende una “Cell Factory” deputata alla produzione di prodotti per terapia cellulare ad uso clinico per la terapia di malattie tumorali pediatriche e/o adulte per tutto il territorio regionale.

Il PO Ostetrico Ginecologico S.Anna, è specializzato sui problemi legati alle fasi riproduttive della donna, alla gravidanza e al parto, e su quelli relativi alle patologie della sfera genitale femminile e della mammella. Con il Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche, il Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell’Adolescenza e il corso di Laurea in Ostetricia, dell’Università di Torino, era garantita una qualificante attività assistenziale, di didattica e ricerca scientifica.

La risposta alle emergenze sanitarie in ostetricia e ginecologia è assicurata dal Pronto Soccorso del PO S.Anna. L’Ostetricia ha sviluppato le pratiche diagnostiche, terapeutiche e assistenziali atte ad assicurare il coordinamento delle attività relative al percorso nascita, in tutte le sue fasi, con particolare attenzione alla gravidanza a rischio per patologie materno e/o fetali. Le Neonatologie offrono un’assistenza globale ai neonati sani e altamente specialistica a quelli che necessitano di cure sub-intensive ed intensive con applicazione di tecnologie sempre più sofisticate e meno invasive associate ad un'assistenza personalizzata. Il PO S.Anna è sede di coordinamento del trasporto neonatale avanzato di Torino e provincia.

La ginecologia si è specializzata nei settori oncologico, endocrinologico ed uroginecologico. Nel settore oncologico è centro di riferimento per la diagnosi precoce e la terapia delle neoplasie della mammella e dell’apparato genitale femminile. È presente la Breast Unit per la gestione multidisciplinare della patologia mammaria nel contesto della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta.

La ginecologia endocrinologica ha sviluppato le attività per la cura della sterilità, comprese le tecniche di riproduzione assistita di I°, II° e III° livello, e le cure per le patologie endocrinologiche e per la prevenzione e terapia delle complicanze della menopausa. Per l’uroginecologia è presente un centro per il trattamento delle disfunzioni urinarie e del pavimento pelvico femminile.

È presente il Centro Soccorso Violenza Sessuale per garantire un'appropriata assistenza alle donne vittime di violenza sessuale attraverso un'organizzazione di servizi in rete Ospedale e territorio.

Attualmente il PO S.Anna assicura circa 8000 parti/anno ed è stata prevista una riallocazione dell’attività di bassa-media complessità di Ostetricia (circa 4000

parti/anno), di Ginecologia (circa 2500 interventi/anno) ed IVG (circa 4000 IVG chirurgici e farmacologici/anno), con annessa Pediatria, presso altri Ospedali sede di DEA dell'area metropolitana di Torino, con un riequilibrio organizzativo e territoriale. È prevista anche un'integrazione con i Presidi Ospedalieri afferenti alla AOU a decorrere dal 1 gennaio 2012, secondo il progetto di riordino del SSR previsto dalla DGR n.51-1358 del 29 dicembre 2010 e quindi una integrazione con i Punti Nascita di Moncalieri, Chieri, Carmagnola.

Presidio Ospedaliero CTO

Nel 1995 l'Assessorato alla Sanità ha colto l'esigenza di creare in Torino un polo traumatologico rilevante sia dal punto di vista dell'emergenza che da quello della continuità dell'assistenza e della riabilitazione, riunendo in un'unica Azienda le specificità di due realtà preesistenti i PO CTO e Maria Adelaide (chiuso nel 2016) allo scopo di utilizzare le risorse, ampliare la gamma dei servizi offerti e realizzare un "Trauma Center" di rilievo nazionale.

L'Azienda CTO/Maria Adelaide offriva infatti prestazioni di alta specializzazione in campo traumatologico e ortopedico, dei grandi ustionati, della neurochirurgia e della neuroriabilitazione; tuttavia per la sua vocazione specialistica era in grado di garantire servizi avanzati in diversi altri settori (quali la chirurgia plastica ricostruttiva, la micro-chirurgia, la medicina del lavoro e la tossicologia industriale, la diagnostica per immagini), per la soluzione di problemi che non trovano risposta in altre realtà regionali o nazionali.

Il PO CTO (Centro Traumatologico Ortopedico e di Malattie Sociali e del Lavoro) costruito nel 1965 dall'INAIL, dal 1993 è "Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione". È il polo di riferimento regionale per emergenze traumatologiche, grandi ustionati, neurochirurgia, neuroriabilitazione. Il PO CTO era in convenzione con l'Università degli Studi di Torino, per l'Ortopedia, la Medicina del Lavoro e l'Istituto di Tossicologia ed Epidemiologia Industriale.

A partire da giovedì 19 luglio 2007 è inoltre entrata in funzione l'USU, Unità Spinale Unipolare di questa Azienda. Nella nuova struttura antistante l'Ospedale Cto.

La Banca della Cute di Torino è una Struttura dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. A partire dal 2000 è il Centro di Riferimento Regionale per la conservazione della cute, e opera in stretta connessione con il Centro Grandi Ustionati. L'attività della Banca comprende il prelievo, il trattamento e la conservazione dei lembi cutanei alloplastici prelevati da donatori multiorgano e multitessuto; inoltre provvede ad effettuare i controlli di qualità dei tessuti, la produzione di ricerca applicata e la supervisione sulle applicazioni cliniche. La distribuzione di lembi di cute è dedicata principalmente a pazienti ustionati.

La Regione Piemonte con DGR n° 20-1133 del 23 ottobre 2000 ha identificato la "Banca dell'Osso" presso l'Ospedale CTO di Torino, dove era già attiva in via sperimentale dal 1998, e nel 2003 ne ha modificato la denominazione in "Banca dei Tessuti Muscolo-scheletrici" (BTM). La BTM di Torino è una delle cinque BTM esistenti in Italia e dal settembre 2004 è accreditata come Banca Europea dal Ministero della Salute Italiano. L'osso da donatore vivente ed i tessuti muscolo-scheletrici da donatore cadavere sono indispensabili per il trattamento di pazienti con patologie caratterizzate da perdita di massa ossea e di tessuti connettivi in ambito soprattutto ortopedico, neurochirurgico, odontoiatrico e maxillo-facciale. Nel corso del 2015, sono stati prelevati, attraverso l'azione di collaborazione dei

centri prelievo, 169 tessuti da donatori viventi. La BTM, inoltre, ha collaborato a 6 prelievi di tessuto muscolo-scheletrico da donatore cadavere (3 da donatore a cuore fermo e 3 a cuore battente). Nel corso del 2015, L'attività della BTM, in collaborazione con la BTM della Regione Emilia Romagna, ha consentito di evadere 527 richieste di tessuto per l'esecuzione di 304 interventi di varia tipologia.

L'offerta strutturale¹

Consistenza del patrimonio ospedaliero pubblico regionale

Il patrimonio ospedaliero pubblico della Regione Piemonte risulta formato nell'anno 2015 da n. 55 strutture, che costituiscono i presidi ospedalieri di competenza di n. 19 Aziende Sanitarie, ripartite, a loro volta, in n. 13 Aziende Sanitarie Locali, n. 3 Aziende Ospedaliere e n. 3 Aziende Ospedaliere Universitarie.

La superficie lorda complessiva delle strutture ospedaliere pubbliche regionali è circa 2.300.000 m², mentre il numero complessivo dei posti letto in ricovero ordinario e diurno da esse ospitato è indicativamente pari a 12.662 unità (di cui 10.912 unità in ricovero ordinario e 1.750 unità in ricovero diurno – day hospital o day surgery), che si riducono a circa 12.235 unità escludendo la specialità 31 (nido)², come risulta nella seguente tabella.

La densità insediativa media è quindi pari a circa 182 m²/pl, ovvero a circa 188 m²/pl al netto della specialità 31 (nido).

POSTI LETTO E SUPERFICI DEGLI OSPEDALI PUBBLICI DELLA REGIONE PIEMONTE, ANNO 2014

ASR Accorpate (nome esteso)	Presidi Ospedalieri Pubblici della Regione Piemonte	Città	Posti letto in ricovero ordinario (1)	Posti letto in ricovero (2)	Posti letto in ricovero diurno (3)	Posti letto totali (4)	Superficie dello stato di fatto (5)
A.S.L. TO1	Ospedale Oftalmico	Torino	44	44	29	73	20.852
	Ospedale O.R.L. Martini	Torino	222	214	30	244	39.902
A.S.L. TO2	Ospedale Amedeo di Savoia	Torino	68	68	24	92	29.128
	Ospedale Maria Vittoria	Torino	299	285	45	330	37.107
	Ospedale Giovanni Bosco	Torino	330	330	30	360	46.429
A.S.L. TO3	Ospedale degli Infermi	Rivoli	235	221	21	242	46.672
	Ospedale Civile	Susa	68	63	4	67	10.992
	Ospedale Civile E.Agnelli	Pinerolo	227	218	37	255	38.835
	Ospedale di Pomaretto	Pomaretto	36	36	1	37	7.686
	Presidio Ospedaliero Riunito	Venaria	51	51	6	57	7.654
A.S.L. TO4	Presidio Ospedaliero Riunito	Ciriè	237	227	23	250	28.747

¹ Sezione estratta, con adattamenti, da: G. Tresalli, L. Sileno, "Qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri, Rapporto anno 2015", IRES Piemonte; fonte: http://www.ires.piemonte.it/sanitanew/2015_12_RapportoQualifi_relazione_sito.pdf.

² Fonte: Regione Piemonte, Flussi Informativi Ministeriali (FIM), numero posti letto pubblici: anno 2014.

ASR Accorpate (nome esteso)	Presidi Ospedalieri Pubblici della Regione Piemonte	Città	Posti letto in ricovero ordinario (1)	Posti letto in ricovero (2)	Posti letto in ricovero diurno (3)	Posti letto totali (4)	Superficie dello stato di fatto (5)
	Presidio Ospedaliero Riunito	Lanzo	90	90	19	109	19.594
	Ospedale Civico di Chivasso	Chivasso	183	174	28	202	23.813
	Ospedale Civile di Ivrea	Ivrea	205	204	29	233	29.339
	Ospedale Civile di Cuorgnè	Cuorgnè	127	117	23	140	15.023
A.S.L. TO5	Ospedale Maggiore	Chieri	132	123	20	143	32.893
	Ospedale Santa Croce	Moncalieri	169	160	22	182	16.385
	Ospedale San Lorenzo	Carmagnola	87	87	15	102	18.793
A.S.L. VC	Ospedale Sant'Andrea	Vercelli	257	249	46	295	61.580
	Ospedale Nuovo di Borgosesia	Borgosesia	78	78	5	83	23.816
A.S.L. BI	Ospedale Nuovo di Biella	Biella	416	396	50	446	130.039
A.S.L. NO	Ospedale SS. Trinità	Borgomanero	243	223	37	260	38.591
A.S.L. VCO	Ospedale San Biagio	Domodossola	249	220	49	269	31.475
	Stabilimento Ospedaliero Castelli	Verbania					41.707
	Ospedale Madonna del Popolo	Omegna	80	80	13	93	14.698
A.S.L. CN1	Ospedale di Ceva	Ceva	73	73	12	85	15.888
	Nuovo Ospedale di Mondovì	Mondovì	171	161	19	180	71.345
	Ospedale Maggiore SS. Annunziata	Savigliano	262	243	21	264	44.609
	Ospedale Civile di Saluzzo	Saluzzo	97	97	15	112	22.330
	Ospedale Maggiore SS. Trinità	Fossano	81	81	5	86	14.549
A.S.L. CN2	Ospedale Civico di San Lazzaro	Alba	211	199	63	262	26.790
	Ospedale Santo Spirito	Bra	94	94	15	109	17.883
A.S.L. AT	Ospedale Cardinal G. Massaia	Asti	435	420	61	481	132.822
	Ospedale S.Spirito	Nizza Monferrato	53	53	8	61	9.215
A.S.L. AL	Ospedale SS. Antonio e Margherita	Tortona	161	160	27	187	32.308
	Ospedale Santo Spirito	Casale Monferrato	237	233	38	271	67.645
	Ospedale San Giacomo	Novi Ligure	157	150	26	176	38.236
	Ospedale Civile di Acqui Terme	Acqui Terme	114	111	27	138	26.680
	Ospedale Civile di Ovada	Ovada	57	57	10	67	12.814
A.O.U. Città della Salute e	Ospedali S.G. Battista Molinette e S. Lazzaro	Torino	1056	1056	200	1256	236.785

ASR Accorpate (nome esteso)	Presidi Ospedalieri Pubblici della Regione Piemonte	Città	Posti letto in ricovero ordinario (1)	Posti letto in ricovero (2)	Posti letto in ricovero diurno (3)	Posti letto totali (4)	Superficie dello stato di fatto (5)
della Scienza di Torino	Centro Traumatologico Ortopedico (C.T.O.)	Torino	278	278	45	323	62.941
	Unità spinale (annessa al C.T.O.)	Torino					18.118
	Ospedale Maria Adelaide	Torino	47	47	27	74	18.956
	Ospedale Ost. Gin. Sant'Anna	Torino	454	344	53	397	54.194
	Ospedale Infantile Regina Margherita (O.I.R.M.)	Torino	200	200	67	267	42.975
	Edificio di via Zuretti (a supporto dell'O.I.R.M., Sant'Anna)	Torino	0	0	0	0	5.125
A.O.U. San Luigi di Orbassano	Azienda Sanitaria Ospedaliera San Luigi	Orbassano	345	345	70	415	93.417
A.O.U. Maggiore della Carità di Novara	Ospedale Maggiore della Carità	Novara	540	520	115	635	94.515
	Ospedale San Giuliano	Novara					12.970
	Ospedale San Rocco	Galliate	35	35	18	53	11.103
A.O. S. Croce e Carle di Cuneo	Ospedale Santa Croce	Cuneo	667	646	65	711	76.939
	Ospedale Carle	Cuneo					25.056
A.O. SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria	Ospedale Infantile Cesare Arrigo	Alessandria	66	48	14	62	16.708
	Ospedale Civile SS. Antonio e Biagio	Alessandria	416	416	71	487	103.500
	C.R.P. Borsalino	Alessandria	70	70	6	76	11.054
A.O. Ordine Mauriziano di Torino	Ospedale Umberto I (Mauriziano)	Torino	402	390	46	436	78.480
Note:							
(1) Posti letto per tutte le specialità, inclusa la specialità 31 (nido) – Fonte FIM 2014;							
(2) Posti letto per tutte le specialità, esclusa la specialità 31 (nido) – Fonte FIM 2014;							
(3) Posti letto in Day hospital e Day surgery – Fonte FIM 2014;							
(4) Posti letto in Ricovero Ordinario, specialità 31 esclusa + posti letto in Day hospital e Day surgery – Fonte FIM 2014;							
(5) Superficie lorda dello stato di fatto delle strutture (metri quadrati) – Fonte Database Edilizia Sanitaria (D.E.S.), 2015.							

In attuazione degli indirizzi del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 3/04/2012, che prevedeva la riconversione o la dismissione di n. 14 fra i n. 64 presidi ospedalieri allora computati, si è attuata la progressiva riduzione del numero dei presidi ospedalieri e dei posti letto, anche in conformità alle disposizioni di cui al Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in attuazione del riordino delle reti ospedaliere e territoriali regionali di cui alla DGR n. 1-600 del 19/11/2014 e alla DGR n. 26-1653 del 29/06/2015.

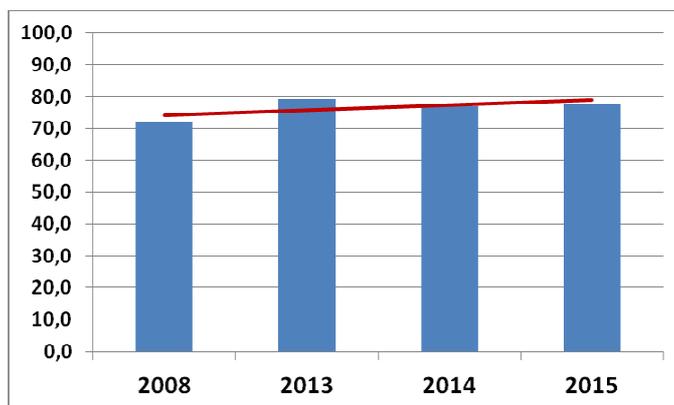
Qualità strutturale delle strutture ospedaliere pubbliche regionali

Il livello di qualità strutturale medio dei presidi ospedalieri della Regione Piemonte è pari a circa il 77,9%, dove il 100% corrisponde al pieno soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento o comunque applicabili.

La difficoltà di realizzazione degli interventi previsti nell'Accordo di Programma per gli investimenti in edilizia sanitaria dell'anno 2008 – che puntava ancora in modo diffuso al perseguimento dell'obiettivo dell'accreditamento e del potenziamento delle strutture sanitarie esistenti – la progressiva e sopraggiunta indisponibilità di risorse ha comportato la rimodulazione o definizione di strategie di investimento puntuali - non più per ambiti di intervento, bensì per obiettivi da perseguire – ed ha incoraggiato le Aziende sanitarie ad intraprendere percorsi di riordino delle reti sanitarie locali anche al fine della ricerca di usi più compatibili delle strutture esistenti. Tale processo, tra l'altro, si colloca proprio nell'ambito degli indirizzi di programmazione sanitaria relativi alla riduzione del numero dei posti letto nelle strutture ospedaliere ed al consolidamento dei modelli assistenziali per livelli ed intensità di cura, nei quali il ruolo delle strutture territoriali diventa strategico.

Gli effetti delle strategie sopra brevemente delineate non hanno tuttavia determinato significative variazioni dei livelli di qualità strutturale delle strutture ospedaliere pubbliche regionali, come si evince dal seguente grafico.

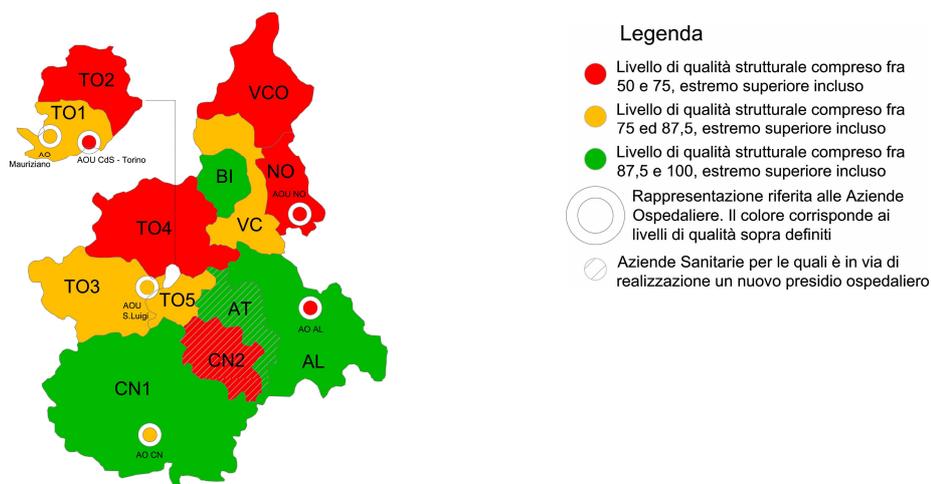
LIVELLI DI QUALITÀ STRUTTURALE PRESIDI OSPEDALIERI DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE PIEMONTE ANNI 2008, 2013, 2014 E 2015



Tenendo conto del livello medio di obsolescenza dei presidi ospedalieri esistenti, come sarà esposto nel seguente paragrafo, si ritiene però che, fatta salva la possibilità di progressivi incrementi dei livelli di qualità strutturale per effetto di interventi puntuali, l'evoluzione verso più ampi modelli di adeguatezza e sostenibilità potranno essere perseguiti mediante la definizione e l'attuazione di opportune strategie per l'innovazione, sia a mezzo della progressiva trasformazione di strutture obsolete, sia tramite la nuova realizzazione di presidi ospedalieri in luogo di strutture attualmente non adeguate e non disponibili ad interventi di adeguamento.

Con riferimento ai valori di qualità strutturale riferiti alle singole Aziende si osservi la seguente figura.

MAPPATURA DEL LIVELLO MEDIO DI QUALITÀ STRUTTURALE DEI PRESIDI OSPEDALIERI DI COMPETENZA DELLE DIFFERENTI AZIENDE SANITARIE REGIONALI, ANNO 2015.

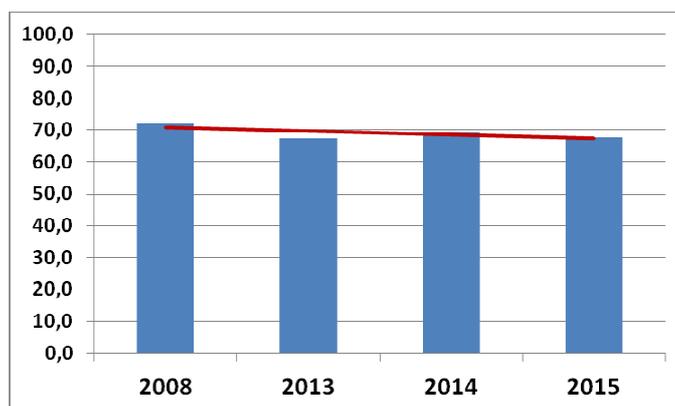


Si noti, in particolare, che i bassi livelli di qualità strutturale delle strutture di competenza dell’A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino confermano la rilevanza della progettualità relativa al Parco della Salute, della Ricerca e dell’Innovazione di Torino, quale intervento in grado di risolvere le criticità rilevate per le strutture esistenti, nonché – indirettamente – per i presidi dell’area metropolitana, per i quali potranno essere definiti ruoli più compatibili nella rete delle strutture sanitarie.

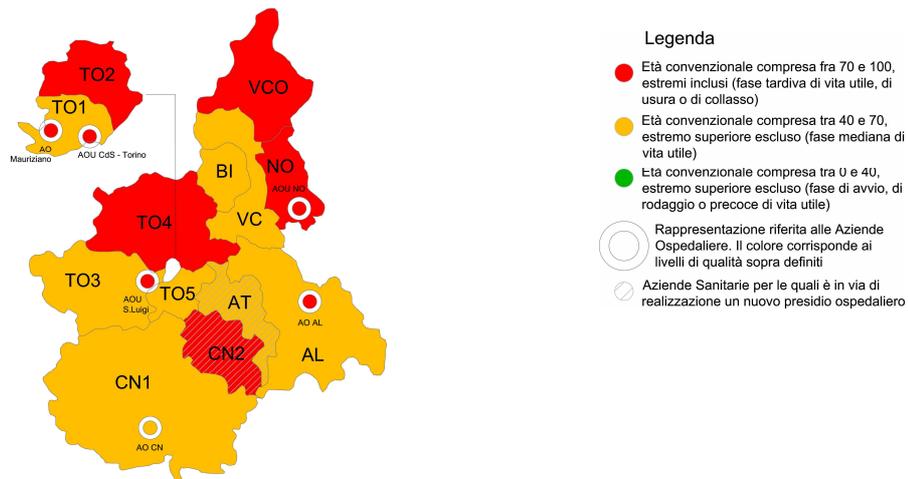
Età convenzionale delle strutture ospedaliere pubbliche regionali

L’età convenzionale media dei presidi ospedalieri pubblici della Regione Piemonte calcolata nell’anno 2015 è pari al 67,6%. Tenendo conto che al 100% corrisponde il più elevato valore di età convenzionale, si rileva che il patrimonio ospedaliero pubblico regionale è obsoleto nella misura tale da poter risultare non disponibile e non idoneo all’attuazione di importanti interventi migliorativi. Da una lettura evolutiva si dà comunque atto di un trend positivo nel verso dell’ammodernamento del patrimonio ospedaliero regionale, anche a mezzo della progressiva esclusione dalla rete ospedaliera delle strutture più compromesse dal punto di vista dell’età convenzionale.

LIVELLI DI ETÀ CONVENZIONALE DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE PIEMONTE, ANNI 2008, 2013, 2014 E 2015.



MAPPATURA DELL'ETÀ CONVENZIONALE MEDIA DEI PRESIDII OSPEDALIERI DI COMPETENZA DELLE DIFFERENTI AZIENDE SANITARIE REGIONALI, ANNO 2015



L'obsolescenza del patrimonio edilizio ospedaliero regionale mette in evidenza la necessità di definire ed attuare strategie per la sua trasformazione ed innovazione.

Costi ed aspetti del valore delle strutture ospedaliere pubbliche regionali

I costi determinati per l'anno 2015 per l'adeguamento dei presidi ospedalieri ammontano a circa 1,5 miliardi di euro: valore sostanzialmente invariato nell'ultimo decennio. Tali costi devono essere idealmente intesi come l'ordine di grandezza delle risorse economiche da investire per la realizzazione di tutti gli interventi edilizi utili a permettere al livello di qualità strutturale determinato per l'anno 2015 – pari a circa il 77,9% – di raggiungere il valore del 100%, corrispondente, a sua volta, all'obiettivo del pieno soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento, ovvero dei requisiti comunque applicabili.

Vista l'entità del fabbisogno di risorse per la realizzazione degli interventi riguardanti l'adeguamento dei presidi ospedalieri, si ritiene opportuno ricercare la piena conformità all'uso e alle funzioni delle strutture, sia mediante la conduzione degli interventi strettamente necessari al perseguimento degli obiettivi inderogabili, sia tramite la definizione e l'attuazione di opportune strategie di riordino della rete delle strutture sanitarie attraverso la trasformazione delle stesse a funzioni più compatibili e quindi corrispondenti a quadri esigenziali ed a requisiti di riferimento più o meno stringenti (potenziamento o riconversione). È evidente che gli interventi da condurre per il soddisfacimento di obiettivi inderogabili dovranno mantenere la loro efficacia anche nel caso in cui la struttura subisse una trasformazione.

Definendo ed attuando delle opportune strategie di riordino delle reti delle strutture sanitarie, pertanto, il fabbisogno di risorse per l'adeguamento dei presidi ospedalieri – pari a circa 1,5 miliardi di euro – risulterebbe ridimensionato a causa della mancata necessità di investire per ospedali per i quali sarebbe opportuna la trasformazione o la riconversione in una tipologia di struttura, anche sanitaria, per la quale i requisiti sono meno stringenti.

La trasformazione dei presidi ospedalieri ad altri tipi di strutture, ovvero la loro dismissione, infatti, è risultata efficace nei confronti della risoluzione o del controllo delle criticità esistenti, in quanto le strutture si sono dovute confrontare con sistemi

di esigenze e requisiti meno stringenti rispetto a quelli ospedalieri. Il caso limite è ovviamente quello della dismissione.

Il valore di sostituzione dei presidi ospedalieri regionali attivi nell'anno 2015 è pari a circa 6,7 miliardi di euro.

Un confronto interessante è quello fra i costi di adeguamento ed il valore di sostituzione dei presidi ospedalieri determinati per l'anno 2015. Il rapporto fra i costi di adeguamento ed il valore di sostituzione, infatti, può essere inteso come un indice di intensità di intervento, tanto maggiore quanto più il valore di tale rapporto tenderà ad 1, ossia all'equivalenza – in termini economici – fra gli interventi di adeguamento e quello di rifacimento della struttura. Si noti che, per costruzione metodologica, il valore del rapporto potrebbe però essere maggiore rispetto all'unità.

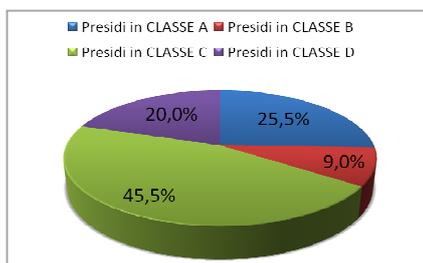
Per l'anno 2015 si rileva che i costi di adeguamento sono pari a circa il 22% del valore di sostituzione complessivo.

Attitudine alla trasformazione dei presidi ospedalieri

L'impegno di risorse per interventi in edilizia sanitaria deve ovviamente confrontarsi con la disponibilità delle strutture alla loro realizzazione. Dalle elaborazioni svolte è stato possibile rilevare che circa il 25% dei presidi ospedalieri regionali non ha un significativo potenziale all'innovazione 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 alla realizzazione di determinati interventi. Tali presidi, infatti, appartengono alla prima fra le seguenti classi.

- Classe A: le strutture risultano non idonee alle funzioni attuali ed al tempo stesso non disponibili alla trasformazione o ad interventi di recupero intensivi e/o diffusi (strutture critiche e non flessibili).
- Classe B: le strutture, pur non risultando idonee alle funzioni attuali e non avendo caratteristiche edilizie e strutturali tali da dimostrarsi disponibili ad interventi di adeguamento, hanno un potenziale alla trasformazione verso funzioni più compatibili (strutture critiche, ma flessibili).
- Classe C: le strutture risultano sostanzialmente idonee all'uso corrente, ma sono caratterizzate da vincoli e criticità intrinseche la cui rilevanza potrebbe manifestarsi con una valenza anche ostativa nell'ipotesi della trasformazione per il conferimento di nuove funzioni o per l'ampliamento delle attività attuali (strutture non critiche, ma non flessibili).
- Classe D: le strutture non hanno particolari criticità edilizie ed hanno un elevato potenziale alla trasformazione (strutture non critiche e flessibili).

RIPARTIZIONE DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA REGIONE PIEMONTE PER CLASSI DI ATTITUDINE ALLA TRASFORMAZIONE, ANNO 2015



I presidi in classe A (strutture non flessibili e con criticità costitutive intrinseche) sono n. 14 strutture, pari al 25,5% del numero totale dei presidi; ospitanti n. 3.814 posti letto (30,1% dei posti letto totali) ed aventi una superficie di circa 707 mila metri quadri, pari al 30,7% della superficie complessiva dei presidi ospedalieri pubblici regionali.

Tali strutture, nel dettaglio, sono le seguenti:

- Ospedale Amedeo di Savoia, Torino;
- Presidio Ospedaliero Riunito, Venaria;
- Ospedale Civile, Ivrea;
- Ospedale SS. Trinità, Borgomanero;
- Ospedale San Biagio, Domodossola;
- Stabilimento Ospedaliero Castelli, Verbania;
- Ospedale S.Spirito, Nizza Monferrato;
- Ospedali S.G. Battista Molinette e S. Lazzaro, Torino;
- Ospedale Maria Adelaide, Torino;
- Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino;
- Ospedale Maggiore della Carità, Novara;
- Ospedale San Giuliano, Novara;
- Ospedale San Rocco, Galliate;
- Ospedale Civile SS. Antonio e Biagio, Alessandria.

L'impiego di risorse per l'adeguamento delle strutture in Classe A deve confrontarsi preventivamente con la loro effettiva disponibilità a ricevere gli interventi previsti in termini di efficacia, affidabilità ed efficienza.

Con riferimento ad alcune delle strutture ospedaliere appartenenti alla classe A, critiche in relazione alle funzioni attuali e poco idonee ad essere oggetto di interventi di adeguamento a causa della natura e della rilevanza di vincoli strutturali propri ed intrinseci, si dà comunque atto che la Programmazione regionale (Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 3 aprile 2012) ha già previsto la loro trasformazione ad altro tipo di struttura o la dismissione ed ha incluso ulteriori presidi in progetti più ampi di trasformazione, quali – ad esempio – quelli per la realizzazione della Città della Salute e della Scienza di Novara e del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino.

Strutture dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Con riferimento alle strutture ospedaliere di competenza dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, nella tabella che segue sono riportate le condizioni e il livello di qualità strutturale.

QUALIFICAZIONE EDILIZIA E FUNZIONALE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DELL'AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO, ANNO 2015

Denominazione Presidi Ospedalieri Pubblici Regione Piemonte	Livello di qualità strutturale (1)	Età convenzionale (2)	Costi di adeguamento (oneri inclusi)	Valore di sostituzione	Classe
Ospedali S.G. Battista Molinette e S. Lazzaro	74,4	75,0	€ 174.714.635	€ 682.304.085	A
Centro Traumatologico Ortopedico (C.T.O.)	56,5	85,7	€ 79.963.917	€ 183.974.424	B
Unità spinale (annessa al C.T.O.)	100,0	0,0	€ 0	€ 47.166.859	D

Ospedale Maria Adelaide	69,3	82,5	€ 16.087.403	€ 52.444.626	A
Ospedale Ost. Gin. Sant'Anna	75,4	69,0	€ 38.523.787	€ 156.605.577	C
Ospedale Infantile Regina Margherita (O.I.R.M.)	78,9	76,1	€ 25.117.659	€ 119.235.235	A
Edificio di via Zuretti (a supporto dell'O.I.R.M., Sant'Anna)	77,1	22,9	€ 3.050.000	€ 13.313.472	D
Note: (1) Dominio: _0: totale difformità ai requisiti edilizi; _100: piena conformità ai requisiti edilizi; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte; (2) Dominio: _0: fase di avvio; _100: fase di collasso; _funzione continua sui valori intermedi. Elaborazione IRES Piemonte.					

Qualificazione edilizia e funzionale e strategie migliorative

I dati precedentemente esposti mettono in evidenza la diffusa necessità di realizzazione di investimenti per l'adeguamento o la trasformazione dei presidi ospedalieri.

Parallelamente si mette in evidenza la necessità di definire ed attuare strategie di riordino della rete ospedaliera in considerazione della possibilità ed economicità della trasformazione dei presidi ospedalieri esistenti, ovvero della convenienza alla realizzazione di nuovi presidi ospedalieri.

L'obsolescenza del patrimonio ospedaliero regionale conferma infatti l'opportunità di definire delle strategie per l'innovazione, da perseguire sia a livello delle singole strutture sanitarie, sia a livello del ruolo delle stesse nella rete sanitaria, nell'ottica della riforma verso modelli di più ampia sostenibilità.

Tale approccio è coerente alle politiche di riordino dell'intero sistema sanitario in tema di modalità di erogazione delle prestazioni, della progressiva riduzione dei posti letto per acuzie e della maggiore rilevanza delle strutture e dei servizi territoriali.

E' quindi evidente che l'obiettivo dell'adeguamento integrale di tutti i presidi ospedalieri in funzione delle attività attuali risulta superato da quello che implica la definizione del loro ruolo nella rete sanitaria, anche in funzione delle caratteristiche e delle relazioni con gli altri poli, e l'attuazione degli interventi strettamente necessari al perseguimento od al consolidamento di tale assetto.

In attuazione delle politiche di riordino sopra menzionate si conferma – dagli esiti della qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri – l'efficacia della strategia di innovazione che prevede la centralizzazione o l'accorpamento dei servizi ospedalieri in nuovi poli, anche integrati, che sostituiscano le attuali strutture obsolete o comunque non efficienti da un punto di vista logistico od organizzativo.

L'offerta strutturale di tecnologie biomediche

Una componente non trascurabile dell'offerta strutturale riguarda le dotazioni tecnologiche dei presidi ospedalieri pubblici della Regione Piemonte. In particolare, assumono particolare importanza le cosiddette "grandi attrezzature", appartenenti alle tipologie identificate dalla Regione Piemonte con DGR 13-9470 del 25.08.2008, che si connotano, oltre che per l'impatto economico rilevante, per i loro aspetti strategici nel mantenimento, potenziamento o innovazione di prestazioni sanitarie significative, la cui erogazione impone imprescindibili scelte di programmazione e quindi di approvazione regionale. Altre tipologie di apparecchiature sono rappresentate dalle tecnologie innovative e dalle medie tecnologie. Nel primo caso si tratta di classi tecnologiche di apparecchiature di recente introduzione sul mercato,

spesso specialistiche ed in molti casi associate all'utilizzo di materiali consumabili dedicati ad alto costo. Per medie tecnologie si intendono le apparecchiature caratterizzate da un livello tecnologico rilevante che sono largamente diffuse nelle Aziende Sanitarie e che pertanto rappresentano complessivamente una voce importante nel bilancio aziendale.

L'IRES si occupa del monitoraggio delle dotazioni tecnologiche di apparecchiature biomediche della Regione Piemonte, attraverso l'aggiornamento periodico e la gestione operativa del Flusso Informativo per le Tecnologie Biomediche (F.I.Te.B.), ai sensi della D.G.R. n. 39-3929 del 29 maggio 2012 e D.D. n. 508 del 27 luglio 2012.

Il F.I.Te.B. consente il monitoraggio di grandi attrezzature nelle Aziende Pubbliche, grandi attrezzature nelle Strutture Equiparate e Private Accreditate, apparecchiature innovative e medie tecnologie nelle Aziende Pubbliche.

Attualmente il F.I.Te.B prevede:

- il monitoraggio analitico di:
 - o grandi attrezzature nelle strutture pubbliche: a partire dal 2010 sono monitorati i dati relativi a 341 beni appartenenti a 25 classi tecnologiche con età mediana pari a 7,4 anni e per un valore complessivo di 248 milioni di Euro;
 - o grandi attrezzature in strutture equiparate e private accreditate³: dal 2012 sono disponibili le informazioni riguardanti 178 beni con età mediana pari a 6,4 anni e per un importo complessivo di 110 milioni di Euro;
 - o apparecchiature innovative in strutture pubbliche: a partire dal 2012 sono registrati i dati di 293 apparecchiature appartenenti a 44 classi tecnologiche con età mediana pari a 5,9 anni per un valore complessivo di 20 milioni di Euro.
- Il monitoraggio sintetico di:
 - o medie tecnologie in strutture pubbliche: dal 2012 è stato attivato un monitoraggio in forma aggregata di 96 classi tecnologiche relative a 45.000 beni per 843 milioni di Euro.

I dati del monitoraggio analitico del flusso F.I.Te.B. permettono di descrivere lo stato del patrimonio tecnologico regionale in termini di grandi attrezzature e di attrezzature innovative, evidenziandone gli aspetti di alta tecnologia, di innovazione tecnologica e di vetustà tecnologica. In particolare, l'analisi dei dati del F.I.Te.B. permette di descrivere la distribuzione della numerosità delle attrezzature nelle Aziende della Regione e di stimare il peso della componente tecnologica ed il livello di vetustà, nonché il valore economico del parco tecnologico, attraverso indicatori specifici. Tali indici consentono inoltre un'analisi comparativa tra le diverse Aziende Pubbliche.

Le analisi delle dotazioni del parco tecnologico regionale sono contenute in report semestrali disponibili nella sezione dedicata al F.I.Te.B. nel sito internet dell'IRES al link: <http://www.ires.piemonte.it/sanita/health-technology-management/flusso-informativo-tecnologie-biomediche>.

³ Strutture sanitarie ospedaliere equiparate (ex artt. 42 e 43 L. 833/78) e Strutture sanitarie private accreditate (ambulatori e case di cura) attive in Regione Piemonte secondo l'Archivio Regionale Punti di erogazione (ARPE).

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

La distribuzione dei posti letto nelle aziende sanitarie risulta inadeguata a recepire la progressiva trasformazione di una parte dell'attività più tradizionale di ricovero in altre forme di assistenza meno rigide e più attente alla necessità di ridurre al massimo la separazione dagli ambiti familiari e sociali di riferimento. Tale evidenza induce dunque la necessità di coniugare, ai diversi livelli, i servizi di base indispensabili ai cittadini, con i centri ad elevato contenuto specialistico e tecnologico.

Sul versante della domiciliarità si riscontrano le lacune di servizi domiciliari non sempre garantiti in maniera universalistica e non sempre disegnati secondo i reali bisogni della persona e del contesto socioabitativo. Sul fronte della residenzialità la criticità maggiore riguarda la consistenza delle lista d'attesa, soprattutto in alcuni territori. La rete regionale delle strutture fa riscontrare una distribuzione disomogenea nelle diverse realtà territoriali della Regione con carenze, in certi contesti di posti letto dedicati a specifiche patologie degenerative.

Il principio che dovrà ispirare il modello organizzativo è rappresentato dal raggiungimento della continuità delle cure, attraverso percorsi che assicurino, caso per caso e per differenti tipologie di bisogno, prevenzione, diagnosi precoce, cura efficace, riabilitazione e, se del caso, lungo-assistenza.

1.c. Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

Premessa

Con il presente documento si intende proporre una nuova configurazione strategica ed organizzativa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino", costituita con Decreto n 71 del Presidente della Giunta Regionale Piemonte in data 6 dicembre 2013 e funzionante dal 1° gennaio 2014.

Considerazioni in termini sistemici

La Città della Salute e della Scienza (CSS) è un sistema complesso che fa parte della comunità torinese e piemontese con un peso rilevantissimo; peso che si misura da prospettive molto diverse.

Pensando al futuro e quindi al cambiamento necessario per la CSS, queste diverse prospettive devono emergere.

La prima è essere oggetto, ma anche motore, di cambiamenti straordinari, che dalla CSS possono investire il sistema sociale e produttivo, come strumento di innovazione e cambiamento.

L'innovazione si diffonde in modi così tanto complessi da essere difficili da riprodurre, gestire e accelerare, ma l'esperienza dimostra che i grandi cambiamenti di paradigma scientifico e culturale hanno effetti rilevantissimi sulla realtà produttiva, spesso in campi diversi da quelli inizialmente previsti.⁴

⁴ Un esempio concreto recente, su cui si è riflettuto ancora poco. All'inizio degli anni 2000 fu coniato il termine videofonino, che ora nessuno usa. Nessuno usa il termine e pochissimi ricorrono alla possibilità di fare video telefonate, pur tecnicamente possibili.

Per rendere possibili le videochiamate fu attivata la rete UMTS, con le aste pubbliche delle frequenze; le ultra-sopravalutate compagnie telefoniche si svenarono per acquistarle, pur se con

Se si ragiona in termini di sistema e in modo innovativo, si scopre che la CSS, e con essa l'intero sistema sanitario, costituiscono un motore straordinario per il benessere, la ripresa, la tenuta della città e della regione, ma anche per il cambiamento tecnologico.

Un esempio recente molto interessante è il lavoro che l'IBM sta conducendo nel campo della medicina. Si veda

<http://www-03.ibm.com/ibm/history/ibm100/us/en/icons/medicaloutcome/>

dove leggiamo che:

"IBM's Watson computer also has strong potential to help in the medical field. Launched in February 2011 on the US quiz show Jeopardy!, Watson's Deep QA analytic capabilities enabled the system to compete and win against reigning Jeopardy! champions over a three-night match."²

Per questo l'IBM afferma:

"Those same abilities to analyze the meaning and context of human language, combined with an ability to rapidly process information and find precise answers could eventually help doctors improve diagnostic accuracy, efficiency and patient safety"

"Watson could eventually become a valuable tool to help physicians and nurses unlock important knowledge and facts buried within huge volumes of information. It could also help them find answers they may not have considered, and give them a way to validate their own ideas or hypotheses. Watson also holds the potential to help doctors provide personalized treatment options tailored to individual patient needs."

Infine, sempre l'IBM si propone di sviluppare:

"A new cognitive computing project that enables more natural interaction between physicians, data and electronic medical records."

Quello delineato è solo un esempio, seppur molto importante.

La CSS ha ruolo, competenze e dimensione per essere interlocutore a livello internazionale di questo tipo di innovazioni, offrendosi come partner per la sperimentazione.

Soprattutto la CSS si colloca in un ecosistema di ricerca con gli Atenei e con realtà produttive di assoluta eccellenza, con la possibilità di produrre straordinarie sinergie.

comportamenti diversificati nella partecipazione alle aste, salvo poi scoprire che l'uso di quelle frequenze era poco fruttuoso in termini di incassi. Quello delle onerosissime aste senza ritorno per i compratori fu uno degli accadimenti decisivi nello sgonfiare la bolla dell'internet in borsa, con l'inizio della recessione di inizio anni 2000.

L'innovazione, fallita a breve, rese però possibile lo sviluppo del traffico dati, che cambiò l'uso dei telefoni portatili, grazie ai quali ora siamo sempre connessi a tutto e a tutti, e, ad esempio, hanno quasi fatto sparire i costosi navigatori satellitari. In parallelo, l'idea di dotare i telefoni di capacità di ripresa, con obiettivi fotografici, nata per le videochiamate, ha trasformato i telefoni in macchine fotografiche, facendo sparire un'intera fascia di prodotti fotografici.

²[Jeopardy! (il termine jeopardy identifica un pericolo o rischio) è un gioco a quiz televisivo, le cui domande sono ricche di finezze e giochi di parole: il genere di cose che deliziano gli umani, ma sono incomprensibili ai computer. Inoltre in quel gioco contano comportamenti strategici, sulla scelta della materia delle domande nella fase finale (quando è importante aver ben capito le competenze degli avversari)].

L'effetto della sperimentazione non sarebbe solo all'interno della CSS e per la dimensione salute, ma avrebbe certamente ricadute sull'esterno, ricordando sempre che la CSS è parte di un sistema cittadino e regionale, con cui interagisce.

La CSS è anche sistema in sé, di particolare complessità. La conoscenza della scienza della complessità (si veda in nota un interessante link descrittivo, che contiene anche riferimenti in campo sanitario) è fondamentale per affrontare il cambiamento in un sistema adattivo fortemente interconnesso, sia al suo interno sia verso l'esterno.

La CSS, infatti, non è solo una realtà complessa, ma con le sue interazioni produce effetti positivi e anche negativi che possono andare totalmente al di là di quanto stia nelle intenzioni dei decisori, secondo le caratteristiche proprie dei sistemi detti complessi.⁵

Quindi la CSS deve possedere organizzazione flessibile, attenta ai cambiamenti, efficiente in quanto non ancorata a schematismi organizzativi, ma mirata al paziente ed alla evoluzione dei suoi bisogni e della conseguente risposta.

L'azione sistemica della CSS deve essere svolta attribuendo la massima importanza al fondamentale ascolto della voce dei pazienti. Nel documento del servizio sanitario britannico "Equity and excellence: Liberating the NHS", del 2010, leggiamo:

"First, patients will be at the heart of everything we do. So they will have more choice and control, helped by easy access to the information they need about the best GPs and hospitals. Patients will be in charge of making decisions about their care."

(...)

"We want the principle of "shared decision-making" to become the norm: no decision about me without me. International evidence shows that involving patients in their care and treatment improves their health outcomes, boosts their satisfaction with services received, and increases not just their knowledge and understanding of their health status but also their adherence to a chosen treatment."

Interessantissimo notare che mentre il documento "THE HOSPITAL OF THE FUTURE - Report to the Telemedicine and Advanced Technology Research Center [TATRC] United States Army Medical Research and Materiel Command Fort Detrick, Maryland" - del 2008, già citato, è quasi totalmente concentrato sulle tecnologie, quello con analogo titolo, vale a dire il documento³ della Future Hospital Commission, costituita dai medici inglesi 2012, si concentri soprattutto sui pazienti.

Undici punti chiave del documento inglese:

- 1) *Fundamental standards of care must always be met.*
- 2) *Patient experience is valued as much as clinical effectiveness.*
- 3) *Responsibility for each patient's care is clear and communicated.*
- 4) *Patients have effective and timely access to care, including appointments, tests, treatment and moves out of hospital.*
- 5) *Patients do not move wards unless this is necessary for their clinical care.*

⁵ Dal link della nota precedente, si arriva al documento "Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?" della sanità canadese, che fa ben comprendere le difficoltà del percorso di gestione simultanea dell'esistente e del cambiamento. La sanità è un sistema complesso adattativo, cioè un sistema complesso, caratterizzato tanto da elementi numerosi e diversi tra di loro, quanto da connessioni numerose non lineari, in grado di adattarsi e cambiare in seguito all'esperienza. Esempi di tali sistemi sono gli organismi viventi, ma così pure le organizzazioni sociali, politiche, economiche.

- 6) *Robust arrangements for transferring of care are in place.*
- 7) *Good communication with and about patients is the norm.*
- 8) *Care is designed to facilitate self-care and health promotion.*
- 9) *Services are tailored to meet the needs of individual patients, including vulnerable patients.*
- 10) *All patients have a care plan that reflects their individual clinical and support needs.*
- 11) *Staff are supported to deliver safe, compassionate care, and committed to improving quality.*

La CSS può porsi in entrambe le prospettive, di tecnologia medica e organizzativa, e di ascolto del paziente, collocato al centro del sistema.

1.c.1. Identificazione dei bisogni assistenziali

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

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

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

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

- prevenzione, diagnosi e cura delle malattie oncologiche;
- continuità assistenziale soprattutto in fase post acuzie;
- assistenza di base e specialistica;
- corretta ed efficiente gestione del percorso nascita;
- appropriatezza ed adeguatezza delle attività di assistenza pediatrica.

1.c.2. Descrizione della strategia

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

- implementare una organizzazione dell'attività sanitaria che garantisca la risposta al fabbisogno del territorio, nonché l'efficacia ed efficienza del sistema
- promuovere l'innovazione strutturale e tecnologica a supporto della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, in particolare ospedaliera.

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

Rispondendo alle specificità del territorio piemontese, l'applicazione di tale modello consente di individuare nelle A.O.U. C.S.S. di Torino e Maggiore della Carità di Novara due presidi o meglio "poli" di riferimento (nodi "centrali" dal punto di vista funzionale e geografico rispetto a determinate porzioni di territorio) destinati alla diagnosi e cura di alta specializzazione e complessità per acuti, emergenza intensiva, patologie rare. Tali poli, sede anche di attività di ricerca e didattica di eccellenza, potranno svolgere le prestazioni di più elevata complessità con i necessari supporti tecnologici, rispondendo ad idonei parametri di qualità, e servendo bacini di utenza di livello sia regionale che nazionale (ed in prospettiva, anche internazionale). Tale concentrazione dell'eccellenza ospedaliero universitaria potrà dunque essere occasione per promuovere qualità ed innovazione, instaurando una sinergia tra sanità, ricerca e didattica, e sviluppando di capacità di interazione con il mondo delle applicazioni produttive attraverso un incubatore d'impresa.

La soluzione prospettata per il riordino della rete ospedaliera e per lo sviluppo dei poli di eccellenza individuati, comporta quindi sia la realizzazione di interventi a livello strutturale-tecnologico, sia l'adozione di misure a livello sanitario, organizzativo, gestionale e/o procedurale, finalizzati a creare le condizioni necessarie a massimizzare la capacità di risposta alle esigenze del territorio, a supportare le configurazioni dei servizi sanitari e le relazioni funzionali tra le strutture sanitarie, a favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere, universitarie e produttive innovative. In particolare:

- Realizzazione di nuovi complessi edilizi che permettano di coniugare efficacia clinica, didattica medica, ricerca scientifica e sviluppo del territorio, nonché di perseguire obiettivi di efficienza gestionale;
- Esecuzione di interventi edilizi (nuove edificazioni, ampliamenti e/o adeguamenti) che, anche attraverso l'innovazione strutturale e tecnologica, supportino la riorganizzazione e redistribuzione di posti letto e delle

specialità, in relazione alla complessità delle prestazioni ed alle esigenze dei territori di riferimento;

- Implementazione di sistemi di Information & Communication Technology (ICT), attraverso i quali i poli di elevata complessità possono essere funzionalmente integrati con le altre strutture sanitarie operanti sui territori di riferimento, quali ospedali con minore complessità operativa, ospedali di prossimità, strutture di lungodegenza, RSA, eventualmente fino al domicilio dei pazienti.
- Adozione nelle nuove strutture di modelli organizzativi di tipo dipartimentale quale risposta ad obiettivi sia clinico-assistenziali che economico-gestionali.

L'attuazione della strategia consente in particolare di cogliere le seguenti opportunità:

- Riorganizzare la rete dei servizi materno infantile, in relazione alla complessità delle prestazioni ed alle necessità del territorio, anche in un'ottica di ottimizzazione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni (ad esempio definizione di numero minimo di parti atto a garantire competenza e efficienza, ed attribuzione dell'oncologia a strutture specifiche dell'area metropolitana torinese)
- Sfruttare le potenzialità localizzative intrinseche all'attuale complesso ospedaliero costituito dalle Molinette e dall'OIRM-Sant'Anna in riferimento soprattutto alla elevata accessibilità e dotazione infrastrutturale dovuta alla consolidata funzione ospedaliero/universitaria del comprensorio.

Presupposto fondamentale per l'attuazione della strategia è la riorganizzazione, già in atto nella Regione Piemonte, della rete dell'assistenza in funzione di una progressiva deospedalizzazione (erogazione decentrata dell'assistenza e potenziamento di forme di assistenza alternative rispetto alla ospedalizzazione), secondo modalità che permettano di perseguire gli obiettivi della continuità e dell'integrazione assistenziale, nonché dell'interazione tra ospedale e territorio e tra ospedale e reti esistenti (Rete Oncologica, Rete delle Terapie Palliative, etc.) ed il Dipartimento di emergenza-urgenza (118), anche in relazione all'esigenza di curare le malattie croniche determinate dal progressivo invecchiamento della popolazione. La strategia sottesa alla realizzazione del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino e della Città della Salute e della Scienza di Novara, infatti, concorre di fatto a supportare ed implementare il processo di razionalizzazione e riordino organizzativo e funzionale della rete sanitaria regionale proposto dalla L.R. 3/2012, integrando al contempo le proprie modalità di intervento con gli obiettivi e le azioni previste dal Piano di Riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico (Piano di rientro) e dal relativo Programma Attuativo (D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010, D.G.R. n. 85-1157 del 30 Novembre 2010, D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011).

Con D.G.R. 28 febbraio 2011, n. 44-1615, Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009 n. 191, in coerenza con il Piano di Rientro e con il Programma attuativo precedentemente presentati, ma con l'intenzione di sviluppare interventi sistematici e strutturali che generino effetti anche successivi al 2012, sono previsti obiettivi e azioni riguardanti:

- la rimodulazione delle reti assistenziali (ospedaliera, emergenza, territoriale, laboratorio analisi, radiodiagnostica);

- le modalità di determinazione delle consistenze organiche delle Aziende Sanitarie (definizione, e relativi tetti di spesa, della consistenza organica, riduzione parziale delle prestazioni aggiuntive, blocco parziale del turn over, riduzione del costo di altre forme di acquisizione del personale, verifica sulla compatibilità economica e gestionale delle esternalizzazioni);
- il controllo della spesa farmaceutica territoriale (revisione del PTR, ridefinizione degli oneri della DPC, rafforzamento del controllo della appropriatezza prescrittiva, monitoraggio delle prescrizioni all'atto della dimissione ospedaliera o della visita ambulatoriale);
- il controllo della spesa farmaceutica ospedaliera (appropriatezza e razionalizzazione farmaci oncologici e in genere ad alto costo, centralizzazione in farmacia delle preparazioni antitumorali, unificazione delle procedure di gara, ottimizzazione farmaci ESA, ottimizzazioni farmaci stimolanti eritropoiesi, razionalizzazione farmaci per il trattamento del PAH, monitoraggio dell'appropriatezza prescrittivi sulle immunoglobuline EV);
- il monitoraggio sull'appropriatezza prescrittiva, e le modalità di erogazione dell'assistenza integrativa e protesica;
- la revisione delle politiche di acquisizione riguardanti gli altri beni e servizi (indicazioni alle aziende relative alle modalità di acquisto, standardizzazione domanda e appropriatezza, in particolare dei dispositivi medici, centralizzazione delle procedure di acquisto);
- gli indirizzi per la contrattazione con i soggetti erogatori Privati;
- i progetti regionali nell'ambito del riordino del sistema sanitario (logistica, HTM, edilizia sanitaria, tessera sanitaria).

In particolare le azioni proposte in tema di edilizia sanitaria sono rivolte a :

- ridurre le inefficienze strutturali riscontrabili sulle strutture più obsolete;
- contrastare l'incidenza dei costi gestionali per le piccole strutture;
- promuovere l'innovazione strutturale e tecnologica, anche attraverso la definizione ed
- implementazione di nuovi modelli funzionali;
- valorizzare le strutture esistenti attraverso l'implementazione di modelli funzionali più
- adeguati;
- supportare la riorganizzazione e redistribuzione di posti letto e delle specialità, in relazione alla complessità delle prestazioni ed alle esigenze dei territori di riferimento.

La D.G.R. 1-600, del 19 novembre 2014, prevede la classificazione delle strutture ospedaliere piemontesi in centri di riferimento (Hub) e centri periferici (Spoke) a seconda della complessità crescente della struttura ed il bacino di utenza.

I principi definiti dalle suddette DGR costituiscono dunque riferimenti essenziali ed intrinseci alla realizzazione del programma del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino.

2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

2.a. *Obiettivi del Programma*

Premessa

Partendo dallo slogan/obiettivo “*PSRI primo HUB del Sistema Sanitario Piemontese*” è necessario definirne la missione.

A questo obiettivo si collegano alcune parole chiave:

- valorizzazione dell'eccellenza clinica, accademica (ricerca), organizzativa, gestionale, quindi innovazione, flessibilità, velocità, sperimentazione ma anche economicità (della gestione) e sostenibilità (degli investimenti);
- integrazione con le reti di cure regionali (territorio in primis, ma anche con le reti ospedaliere, la rete emergenza-urgenza e le reti di patologie, rete oncologica piemontese, per esempio);
- attore protagonista del tessuto economico regionale: partnership pubblico-privato, partnership con altre istituzioni pubbliche (Università, Politecnico, Centri di ricerca), trasparenza nella scelta dei fornitori, maggiore incisività e autorevolezza nella gestione delle forniture (CSS committente e gestore, non utente).

Immaginare il futuro PSRI significa porre attenzione ad alcune tematiche, non tra loro disgiunte:

- organizzazione delle cure: se oggi, con la razionalizzazione, l'organizzazione ospedaliera si è già trasformata rispetto al passato (day hospital, day service, day surgery, chirurgia ambulatoriale, diminuzione gg di ricovero), la grande trasformazione dovrà avvenire in una nuova struttura. Si può pensare a due fasi, la prima delle quali conduce al nuovo PSRI attraverso un processo, anche culturale, anticipatorio del futuro:
 - o tra oggi e domani (integrazione e regia): reparti misti, medico tutor (continuità assistenziale), sale operatorie polifunzionali, percorso pre-ricovero centralizzato, razionalizzazione delle competenze, efficienza attraverso implementazione dei sistemi informatici;
 - o domani (innovazione e snellezza):
 - ospedale “snello”, lavora col territorio (MMG in Pronto Soccorso, ambulatori per prestazioni urgenti nelle Case per la Salute)
 - percorsi chirurgici (liste di attesa secondo classi di bisogno, CUP pre-operatorio, liste operatorie mensili) e percorsi internistici (ricoveri limitati, percorsi ambulatoriali polispecialistici)
 - ospedale aperto al cittadino (7 gg su 7)
 - comunicazione via WEB, smartphone, TV aziendale
 - umanizzazione (presa in carico del medico/infermiere, supporto psicologico, clown e pet-therapy per pediatria, musicoterapia per neurologici e geriatrici) e gestione del fine vita

- nuovi ruoli per le professioni sanitarie (skill mix e task shifting tra OSS e infermiere, tra infermiere e medico, tra professional e medico-manager)
 - risk management
 - nuovo modello di gestione e sviluppo delle risorse umane (gestione e cura del clima aziendale, della motivazione del personale, del senso di appartenenza)
 - riorganizzazione dei turni, delle guardie, equipe multi professionale, nuova leadership nella gestione dell'equipe
 - gestione (e attenzione) della libera professione intramoenia
 - gestione (e attenzione) alle fuoriuscite (pensionamenti) e al ricambio generazionale.
- edilizia: nella costruzione dell'ospedale ex novo occorre porre attenzione ai tempi di realizzazione, attenzione alla fase transitoria ed al trasloco, ma deve essere consolidata nelle Istituzioni la consapevolezza della necessità di un nuovo progetto, una nuova localizzazione non solo per l'impossibilità di ristrutturazione adeguata dell'esistente (alti costi, vincoli storici, logistica adattata), ma soprattutto per sperimentare un nuovo modello di salute, efficiente e tecnologicamente avanzato, che rappresenti una visibile crisi con il passato, per comprendere la sfida del futuro.
 - logistica: l'organizzazione per intensità di cura e complessità assistenziale e l'innovazione dei processi, la completa informatizzazione, comporterà una revisione sostanziale dei percorsi e dei rapporti all'interno del nuovo PSRI.

La Città della Salute e della Scienza è uno dei gangli economici del sistema Torino, per il numero di pazienti che assiste, per la dimensione in termini di personale, per l'effetto che ha sulla ricerca, per gli investimenti che mobilita e ancora più mobiliterà in futuro.

Deve quindi essere esaminata congiuntamente al disegno complessivo del sistema economico, sociale e della scienza nella nostra area, considerando esplicitamente il Politecnico, l'Università e gli altri Enti di ricerca, come Ires o ISI.

L'interazione della CSS con l'esterno nella ricerca è in primo luogo in campo medico, ma è facile comprendere:

- come la CSS sia un soggetto primario per gli studi nel campo dell'organizzazione e degli studi correlati di simulazione, interessando gli studi economici e gestionali;
- come le interazioni si estendano ai campi della programmazione economica e territoriale, alla scienza della reti, sino ad abbracciare la più avanzata prospettiva della complessità.
- ampliando l'attenzione al sistema economico e sociale si può rilevare come, infine, l'effetto sulla rete produttiva dell'area torinese e piemontese siano di straordinario rilievo.

Per sintesi indichiamo i punti caratterizzanti del progetto, che nei capitoli successivi si provvederà a dettagliare:

Obiettivo

Deve essere centro di riferimento regionale per tutte le patologie che tratta. Il livello di assistenza deve essere tale che deve essere attrattiva anche per pazienti di altre regioni e, almeno in alcuni settori, anche a livello internazionale.

Modello organizzativo

Il modello organizzativo deve garantire:

- che in tutte le strutture venga svolta attività di ricerca clinica sia partecipando attivamente a protocolli nazionali ed internazionali che promuovendo protocolli innovativi. Un aspetto caratterizzante del nuovo PSRI deve essere la formalizzazione di strutture di supporto all'attività di ricerca clinica. Si deve immaginare un centro di biostatistica analogo a quelle degli IRCCS. Data la dimensione e la varietà di patologie che afferranno nella nuova struttura parte dell'attività (es data management) dovrà essere gestito direttamente dai Dipartimenti;
- la creazione di un laboratorio centralizzato in grado di rispondere alle esigenze di una vasta area territoriale. Non vi devono essere lavoratori di ricerca di base: essi sono situati nelle sedi Universitarie e con opportuni accordi si attiveranno progetti di ricerca di tipo traslazionale.
- le qualità di cui al Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.1 comma 169 della legge 30 dicembre 2004 n.311" e sui modelli più recenti, e in particolare dovrà tener presente:
 - o il dimensionamento delle diverse discipline in dipendenza del bacino di utenza (per tale ragione si è voluto evidenziare la presenza di centri di riferimento regionali all'interno della Città della Salute)
 - o l'identificazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere di acuzie e post acuzie (Appropriatezza, mobilità...)
 - o il calcolo del numero corrispondente di posti letto normalizzati (utilizzo efficiente..)
 - o standard specifici per l'alta specialità
 - o l'integrazione tra assistenza, didattica, ricerca
 - o il disegno complessivo della rete ospedaliera regionale, partendo dalla rete di emergenza-urgenza, e valorizzando l'aspetto della continuità ospedale-territorio
 - o dovrà essere prevista una struttura esclusivamente dedicata al "fund raising" per lo sviluppo della ricerca sia molecolare e cellulare, sia per quella clinica sperimentale
 - o dovrà essere creata una struttura in grado di organizzare e gestire l'utilizzo dei fondi per la ricerca, quale ad esempio una Fondazione Scientifica.

Modello gestionale

Occorre considerare le criticità presenti negli attuali presidi ospedalieri della CSS, per evitarle.

Attualmente vi è una duplicazione di strutture che fanno le stesse cose e i Dipartimenti sono spesso strutture di tipo amministrativo con modesto impatto sui percorsi diagnostico assistenziali. Per creare una struttura efficiente occorre modificare profondamente questo modello gestionale, attraverso una condivisione tra Azienda e Università del modello organizzativo, delle modalità di selezione ed individuazione dei vertici, della definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

I Dipartimenti devono garantire un corretto PDTA integrando le attività delle strutture complesse o semplici che in esso insistono. Non vi devono essere sovrapposizioni di attività fra le varie S.S.C.C., ma ogni S.C. deve caratterizzarsi per una specifica attività.

Devono essere istituzionalizzate attività dipartimentali ed interdipartimentali di tipo multidisciplinare: esse devono rappresentare il valore aggiunto rispetto agli altri Ospedali.

Per superare una ipotetica dicotomia fra Ospedale e Università occorre partire dal concetto che i direttori di strutture semplici o complesse vengono scelti unicamente per la propria competenza indipendentemente dall'appartenenza al SSN o all'Università. Nell'assicurare il ricambio generazionale bisogna avere uno sguardo al futuro. È impossibile superare le duplicazioni esistenti e privilegiare la competenza se non si supera l'attuale sistema.

Il modello gestionale proposto risponde alla esigenza fondamentale di riorganizzazione di sistemi sanitari che tendano a realizzare e concretizzare il concetto di sostenibilità. Anche nella definizione di nuovi impianti organizzativi si devono considerare gli effetti delle più recenti politiche economiche e finanziarie nazionali ed europee che ridisegnano il perimetro del tradizionale concetto di welfare: diventano obiettivi sociali per la finanza sanitaria l'equità, l'efficienza e la previsione di costi sostenibili.

I più recenti provvedimenti in materia di spending review hanno dimostrato, nella realtà, come i tagli cosiddetti lineari, senza riorganizzazione del sistema nei suoi processi, nelle sue procedure, nelle sue articolazioni, non producono alcun risultato. A fronte di risparmi programmati nel settore dell'acquisizione di beni e servizi la rigidità del sistema ha vanificato le azioni e reso nulli i risultati economici, con l'aggravio di un appesantimento inutile delle procedure interne alle aziende. Schematicamente elenchiamo linee operative per il nuovo modello gestionale:

- è necessario procedere sulla strada della efficienza organizzativa, in un rinnovato rapporto con l'utenza, e dare corso ad una nuova stagione che abbia come obiettivo l'aggiornamento del modello organizzativo e strutturale;
- è fondamentale garantire la "accountability" del sistema, al fine di far crescere nei soggetti attivi, operanti nel servizio, nelle istituzioni e nei professionisti, la consapevolezza del dovere di essere responsabili del proprio operato e di doverne rispondere, soprattutto come dovere morale, nei confronti dei cittadini;
- occorre razionalizzare, introducendo contemporaneamente tecnologia avanzata, la rete dei servizi, quali i laboratori, le diagnostiche, i servizi di sterilizzazione, l'informatizzazione;
- è necessario integrare saperi e conoscenze al fine di evitare la frammentazione "professionale" della risposta ai bisogni di salute. La revisione del governo clinico con il coordinamento e l'integrazione dei professionisti nell'ambito aziendale risponde ad una esigenza di tutela e di salvaguardia del benessere, globalmente inteso, del cittadino.

La revisione dei modelli organizzativi, prioritariamente quelli amministrativi, diventa esigenza prioritaria: se è vero che occorre porre al centro dei servizi il paziente, occorre modificare un sistema che oggi è in gran parte autoreferenziale. Con i dati a

disposizione, è possibile ripartire da una analisi della domanda e della sua segmentazione, per adeguare la capacità di risposta del servizio e degli erogatori alle aspettative dei cittadini, che, non dimentichiamolo, rappresenta l'obiettivo strategico del sistema. Democraticità, trasparenza, celerità ed efficienza devono essere i principi cardine di tutti i processi organizzativi in sanità. Sulla strada della definizione di un nuovo modello organizzativo, può supportarci l'Unione Europea che, nel White Paper on European Governance, definisce il termine "governance" come " le norme, i processi ed i comportamenti che influiscono sul modo in cui le competenze sono esercitate a livello comunitario, soprattutto con riferimento ai principi di apertura, partecipazione, responsabilità, efficacia e coerenza". Traslati in sanità, con "apertura" si intende l'impegno a spiegare meglio, con linguaggio accessibile e comprensibile al pubblico, i servizi erogati, il modo di utilizzarli, le decisioni adottate, con "responsabilità" la chiarezza circa i ruoli svolti all'interno del processo, con "efficacia" la capacità di rispondere al bisogno in maniera efficace (con risultati) e tempestiva, producendo i risultati attesi in base ad obiettivi chiari ed alla valutazione dell'impatto sugli utenti, con "coerenza" la capacità di garantire corrispondenza tra impostazione del sistema o del processo e risultato atteso. Quindi i comportamenti amministrativi devono essere coerenti con la centralità del paziente e la risposta sanitaria attesa, passando da una gestione burocratica ad una governance post-burocratica, con gradi variabili di adattamento alle esigenze del cittadino, reso edotto dei suoi diritti e corrispondentemente dei suoi doveri. Emblematico a tale proposito il già citato procedimento avviato nel 2012 in materia di spending review, con enfasi, con tagli lineari, e non con la revisione dei processi interni, obsoleti ed autoreferenziali. Oggi non sono più consentite solo azioni sui costi, ma servono interventi radicali su processi e procedure, dove si nascondono sprechi. Anche perché limitare l'azione al solo taglio della spesa, diventa uno sforzo riduttivo ed improduttivo rispetto ai reali obiettivi che si vogliono raggiungere: con il termine di s.r. si deve intendere quel processo diretto a migliorare prioritariamente l'efficienza e l'efficacia della macchina statale nella gestione della spesa pubblica attraverso la sistematica analisi e valutazioni delle strutture organizzative, delle procedure di decisione e di attuazione, dei singoli atti, dei programmi, dei risultati, avendo come focus l'attenzione ai benefici effettivi che riceve il cliente finale dell'intero processo e valutando, di questo, le eventuali disomogeneità. Meccanismo ben più complesso delle linee di indirizzo finora applicate nei confronti della sanità. Infatti, nel documento di "Spending review 2010", pubblicato nel Governo britannico si evidenzia come riduzioni di costi nei settori Welfare siano stati compensati da investimenti specifici in sanità, anche per rispondere alle esigenze derivanti dall'estendersi delle cronicità e della crescita della speranza di vita. Si tratta di razionalizzare, ma procedendo unitamente alle riforme dei processi organizzativi e delle finalità operative con alcuni focus:

- massima semplificazione burocratico-amministrativa;
- lavorare per obiettivi;
- fluidità dei processi;
- definizione delle competenze;
- formazione.

Rapporti con le altre strutture regionali

Il PSRI non dovrà fare riferimento ad un specifico ambito territoriale e dovrà costituire riferimento per gli altri ospedali di Torino e della Regione per casi particolari o di alta complessità;

Gli altri ospedali e le altre strutture sanitarie della regione dovranno accogliere i pazienti del PSRI che dovranno essere trasferiti. È fondamentale evitare fenomeni di lungodegenza o di degenza a bassa complessità. Il pronto soccorso è indispensabile ma si deve immaginare che i pazienti a bassa intensità di cura possano essere trasferiti in altri ospedali (vedi sopra).

L'ospedale del futuro non può vivere in un vuoto assistenziale circostante e non può farsi carico del crescente numero di persone con malattie croniche e/o non autosufficienti, se non quando queste presentino episodi di acuzie o di riacutizzazione, oppure necessitino di procedure diagnostico-terapeutiche o di brevi periodi di riabilitazione intensiva. Occorre quindi una stretta collaborazione con strutture dedicate alla riabilitazione, con la medicina del territorio, la quale deve però essere profondamente riorganizzata. Il processo di riorganizzazione in atto nella rete ospedaliera comporta una revisione delle relazioni funzionali tra l'AOU CSS, l'AOU San Luigi e l'IRCCS di Candiolo, facendo riferimento ai volumi di attività che questi presidi sono in grado di assicurare e al loro ruolo per le prestazioni di alta complessità.

Linee di governo

Il disagio organizzativo si basa su una serie di principi e criteri che tendono a ribaltare le logiche di tradizionali strumenti organizzativi. Occorre rapidamente procedere alla:

- semplificazione delle linee di comando;
- semplificazione dei processi sia amministrativi che sanitari;
- definizione chiara di responsabilità;
- definizione di percorsi sanitari.
- scelta del modello di accorpamento, integrazione di funzioni, fondato su evidenze tecniche riguardanti:
 - o gli aspetti infrastrutturali (localizzazioni);
 - o gli aspetti tecnologici;
 - o gli aspetti organizzativi;
 - o gli aspetti nosologici.

2.a.1. *Analisi dei problemi e priorità*

Dall'analisi dei bisogni e dell'offerta ante-operam, presentati al Capitolo 1, si può riassumere che la situazione attuale del sistema ospedaliero piemontese presenta le seguenti problematiche (in ordine di priorità):

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

- pur sussistendo numerose esperienze di attività di ricerca e assistenza “di eccellenza”, mancanza sul territorio regionale di poli di eccellenza di riferimento, che coniughino adeguatamente assistenza, didattica, ricerca e impresa;
- mobilità passiva extra-regionale da ridurre specialmente nelle nelle aree di confine con la Regione Lombardia

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.

Le relazioni tra obiettivi generali, specifici ed operativi sono presentate nella tabella in calce al paragrafo.

Obiettivi generali

G1. Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione, considerando l’ospedale come una risorsa fondamentale da utilizzare in modo razionale e commisurato alla complessità della casistica. Il sistema regionale dovrà contemporaneamente definire un’altrettanto forte priorità per lo sviluppo di tutta l’assistenza extraospedaliera e delle cure primarie;

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;

G3. Promozione di qualità ed innovazione, instaurando una sinergia tra sanità, ricerca e didattica, creando un distretto medicale rivolto alla cura e all’innovazione, in grado di posizionare il territorio regionale nel contesto internazionale come polo clinico, di ricerca e di alta formazione.

Obiettivi specifici

S1. Valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza ospedaliero-universitari di riferimento regionale;

S2. Riorganizzazione dell’assistenza specialistica per livelli di complessità attraverso un riequilibrio tra capillarità e concentrazione territoriale;

S3. Riordino delle relazioni tra ospedali del territorio funzionalmente connessi ai poli;

S4. Razionalizzazione organizzativa e funzionale delle strutture, delle attività e degli spazi, intra-aziendale e inter-aziendale;

S5. Ammodernamento della diagnostica e terapia strumentale;

S6. Adeguamento alle norme di sicurezza in riferimento alla sismica e all’antincendio;

S7. Recupero della mobilità passiva da altre regioni, in particolare dalla Lombardia;

S8. Polarizzazione delle attività di studio e formazione universitaria, ricerca e sperimentazione in campo biomedico.

Obiettivi operativi

- O1. Realizzazione di nuove strutture destinate ad accogliere i poli di eccellenza ospedaliero-universitari di Torino;
- O2. Trasferimento di parte dell'attività a bassa complessità dalle Aziende Ospedaliere di Torino verso i presidi del territorio metropolitano, relativamente all'area materno-infantile;
- O3. Interventi di adeguamento e umanizzazione dei presidi ospedalieri e sanitari esistenti nelle aree sovrazionali di appartenenza o di influenza dei poli;
- O4. Accorpamento e riorganizzazione delle attività di area medica, chirurgica, materno-infantile, delle cure intensive, della diagnostica e dei servizi di supporto, anche in ottica dipartimentale;
- O5. Ammodernamento delle dotazioni tecnologiche in particolare per la diagnostica per immagini
- O6. Sviluppo di capacità di interazione, attraverso un incubatore d'impresa, con il mondo delle applicazioni produttive, in collaborazione con aziende pubbliche e private.

2.a.3. Interventi progettuali

Il trasferimento della Città della Salute e della Scienza nel nuovo Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione, è un processo complesso che presuppone visioni relazionali e progettuali innovative per rispondere alle molteplici esigenze che sottendono questo nuovo sistema organizzativo di funzioni strategiche per il territorio.

Nonostante l'ampia articolazione funzionale, le consistenze delle singole attività che costituiscono le Città della Salute evidenziano il ruolo strategico del sistema Assistenziale. Parallelamente, Ricerca e Didattica definiscono un sistema unitario, in quanto funzioni strettamente connesse, che attivano meccanismi di complementarità reciproca, mentre l'attività Ricettiva ha un ruolo satellite, ma di supporto trasversale a tutte le altre funzioni.

Nella tabella successiva vengono riportati i principali dati dimensionali dei singoli edifici, in relazione sia alla superficie occupata sia ai volumi di attività.

<i>presidio</i>	<i>valore</i>
Ospedale S. Giovanni Battista Molinette e Presidio Ospedaliero dermatologico	
superficie complessiva (mq)	236.785
numero di posti letto in ricovero ordinario	1.061
numero di posti letto in ricovero diurno	198
numero totale di posti letto	1.259
numero di sale operatorie	33
Centro Traumatologico Ortopedico (CTO)	
superficie complessiva (mq)	62.989
numero di posti letto in ricovero ordinario	238
numero di posti letto in ricovero diurno	39
numero totale di posti letto	277
numero di sale operatorie	15

Unità Spinale Unipolare	
superficie complessiva (mq)	18.118
numero di posti letto in ricovero ordinario	46
numero di posti letto in ricovero diurno	7
numero totale di posti letto	53
numero di sale operatorie	Non presenti
Ospedale Ostetrico Ginecologico Sant'Anna	
superficie complessiva (mq)	54.000
numero di posti letto in ricovero ordinario	425
numero di posti letto in ricovero diurno	52
numero totale di posti letto	477
numero di sale operatorie	8
Palazzina di via Zuretti	
superficie complessiva (mq)	4.390
numero di posti letto in ricovero ordinario	Non previsti
numero di posti letto in ricovero diurno	Non previsti
numero totale di posti letto	0
numero di sale operatorie	Non presenti
Ospedale Infantile Regina Margherita	
superficie complessiva (mq)	45.640
numero di posti letto in ricovero ordinario	219
numero di posti letto in ricovero diurno	67
numero totale di posti letto	286
numero di sale operatorie	4

Fonte: (1) A.O.U. C.S.S. 2015, (2) Anagrafe strutture luglio 2012

2.a.4. Parco della Salute della Ricerca e dell'Innovazione

Con il Protocollo d'Intesa approvato con DGR 2-1200 del 23/03/2015 e sottoscritto in data 26/03/2015 dalla Regione Piemonte, dal Comune di Torino, dall'Azienda Ospedaliera Univeritaria Città della Salute e della Scienza di Torino (CSS), dall'Università degli Studi di Torino e dalla Società FS Sistemi Urbani s.r.l., gli Enti hanno condiviso l'obiettivo della realizzazione del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino (PSRI).

La realizzazione del PSRI di Torino si inserisce nel più ampio progetto di riassetto e riqualificazione dell'area urbana Avio-Oval, di proprietà della Regione Piemonte e di FS Sistemi Urbani. Si tratta di un'area molto capiente, fortemente collegata da un punto di vista infrastrutturale con il resto della città e con l'esterno, che potrà diventare un polo terziario avanzato, mettendo Torino sullo stesso livello di altre città italiane ed europee, che su questo aspetto hanno investito già da tempo. Il nuovo insediamento consoliderà così uno dei tre poli direzionali della città: il centro, Porta Susa e l'area Lingotto sulla dorsale di via Nizza.

La scelta di quest'area per la localizzazione del PSRI, per la quale sarà necessario procedere alla modifica dell'AdP del 2009, con contestuale approvazione di una variante urbanistica, è legata alle seguenti considerazioni:

- sotto il profilo della funzionalità sanitaria l'ambito consente di organizzare al meglio, senza le complessità legate alla necessità di operare su strutture esistenti, il polo ospedaliero, il polo didattico e il polo della ricerca clinica e

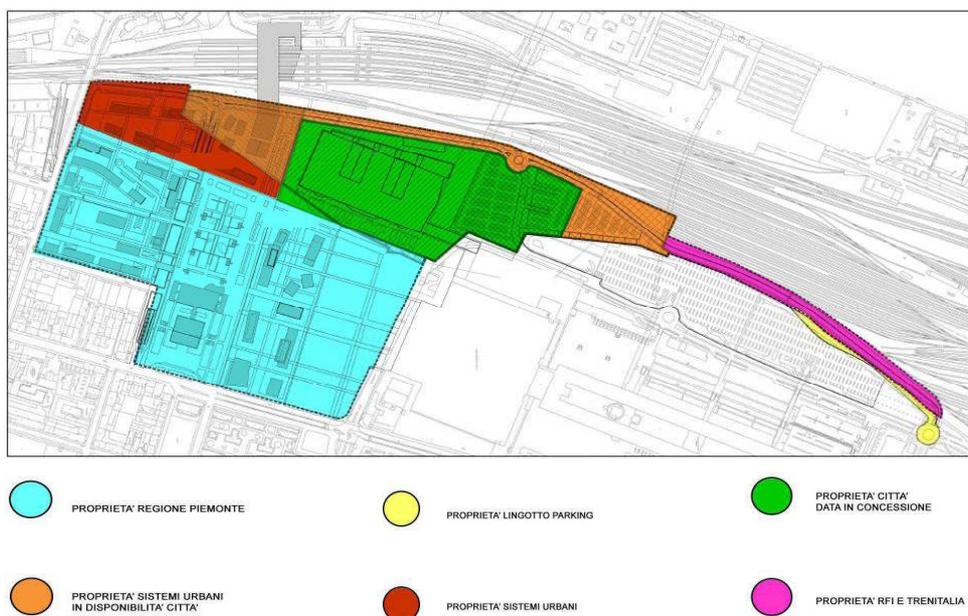
traslazionale, nonché la residenzialità universitaria, la ricettività e tutti quei servizi che devono essere presenti in un polo di eccellenza di livello europeo;

- sotto il profilo della realizzabilità tecnica-urbanistica le condizioni risultano particolarmente favorevoli in quanto grande parte delle aree comprese nell'ambito Avio-Oval sono di proprietà della Regione, ed in particolare tutte quelle su cui sorgerà la nuova struttura ospedaliera;
- sotto il profilo ambientale l'utilizzo dell'area consente, condotte le opportune verifiche in ordine ai temi legati alla bonifica della stessa, di evitare il consumo di suolo non urbanizzato;
- sotto il profilo dell'accessibilità, l'ambito è facilmente raggiungibile sia con il mezzo privato, da tutta l'area metropolitana, attraverso la tangenziale e i grandi corsi cittadini, sia soprattutto con il mezzo pubblico in quanto l'area è ottimamente servita dalla rete ferroviaria, con la Stazione Lingotto, e dalla linea 1 della metropolitana, con la prossima apertura della fermata in via Farigliano.

Per la realizzazione del PSRI sarà necessario procedere alla modifica dell'AdP del 2009, con contestuale approvazione di una variante urbanistica, che, a partire dalle superfici e dalle destinazioni individuate, definisca una nuova articolazione:

- sui 193.073 mq di proprietà della Regione Piemonte troveranno spazio le strutture dei quattro Poli descritti nel successivo paragrafo, e almeno 15.000 mq destinati ad attività commerciali e di servizio;
- sui 124.277 mq di proprietà di Società F.S. Sistemi Urbani troveranno spazio residenze universitarie e attività ricettive, commerciali e di servizio, per un totale di 62.139 mq di Superficie utile lorda (Sul).

SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'AREA AVIO-OVAL A OTTOBRE 2015



L'area è caratterizzata dai seguenti dati quantitativi:

- Superficie territoriale 317.350 mq
- Superficie lorda pavimento (Slp) massima realizzabile 283.675 mq

- Slp corrispondente a indice territoriale massimo (mq SLP/mq ST) 0,5 158.675 mq.
- Residenza massimo 50%, A.S.P.I. massimo 20%, Eurotorino (attività espositive, congressuali, terziarie, ricettive, produttive e innovative, università, centri di ricerca) minimo 30%;
- Slp pari a 125.000 mq di per Attività di Interesse Generale, di cui 30.000 mq per l'impianto Oval e 95.000 mq per Palazzo degli uffici regionali e sede del Consiglio o altri edifici di interesse generale.

L'Accordo di programma vigente ha definito una Slp complessiva 283.675 mq di cui:

- mq. 125.000 per attività di interesse generale (30.000 mq per attività fieristiche-area Oval e 95.000 mq per edifici della Regione Piemonte);
- Slp 158.675 mq, di cui 96.537 mq proprietà della Regione Piemonte e 62.139 mq relativi alle proprietà F.S. Sistemi Urbani.

Il Programma d'Interventi contenuto nell'Accordo di programma vigente prevede un mix di destinazioni funzionali (residenza e attività economiche, commerciali, ricettive e terziarie) che affiancano il progetto della nuova sede unica degli uffici regionali.

L'impianto urbanistico è finalizzato a escludere, nella misura massima possibile, il traffico veicolare di superficie (ad eccezione dei mezzi di servizio). L'insediamento è caratterizzato dalla realizzazione di un nuovo sistema viabilistico sotterraneo collegato con l'esistente sottopasso del Lingotto di accesso ai numerosi parcheggi pubblici interrati previsti, che riserva agli spazi di superficie una viabilità prevalentemente pedonale, spazi verdi e di sosta pedonale.

2.a.5. Quadro economico finanziario dell'intervento

Per la realizzazione del PSRI è stata definita la seguente articolazione:

- Il progetto prevede sui 193.073 mq di Superficie Territoriale (ST) di proprietà della Regione Piemonte troveranno spazio le strutture dei quattro poli descritti nel successivo paragrafo, e 15.000 mq destinati ad attività commerciali e di servizio;
- sui 124.277 mq di Superficie Territoriale (ST) di proprietà di Società F.S. Sistemi Urbani troveranno spazio residenze universitarie e attività ricettive, commerciali e di servizio, per un totale di 62.139 mq.

Sull'area saranno realizzati di quattro poli funzionali, strettamente interconnessi:

- Polo della sanità e della formazione clinica: ha una superficie di 127.000 mq, di cui 5.000 mq dedicati alla formazione clinica, e una capienza complessiva di posti letto pari a 1.040 (di cui 70 posti tecnici).
- Polo della didattica: ha una superficie di 31.000 mq dedicati alle attività afferenti ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico, ai corsi di laurea triennali e ai corsi di laurea specialistici in medicina o delle professioni sanitarie per un'utenza di circa 5.000 studenti.
- Polo della ricerca: ha una superficie di 10.000 mq ed è dimensionato per un'utenza di circa 1.000 persone fra personale docente, assistenti, dottorandi e personale ausiliario.
- Polo della residenzialità d'ambito: ha una superficie di 8.000 mq per i servizi di foresteria per gli ospiti in permanenza temporanea (190 posti alloggio) che

svolgono attività presso gli altri poli e per i pazienti della struttura assistenziale che risultano dimessi ma che ancora necessitano, in via transitoria (presso l'ospedale) di un supporto assistenziale di bassa intensità (30 posti alloggio).

A servizio delle strutture sopradescritte dovrà essere prevista una dotazione di parcheggi privati, in parte interrati, in parte multipiano. La superficie complessiva ipotizzata è pari a circa 61.000 mq, per un numero totale di circa 2.300 posti auto. Il conteggio è riferito ai quattro poli e non comprende le dotazioni di parcheggio afferenti alle attività commerciali e di servizio.

Sono inoltre previsti altri interventi funzionalmente connessi al progetto anche se non ne costituiscono parte integrante:

- Polo dell'incubatore, per il quale si stima una superficie di circa 10.000 mq del Centro di biotecnologie molecolari attuale di Via Nizza, oltre a 7.000 mq dell'Istituto di medicina traslazionale in corso di completamento e a ulteriori 7.000 mq di ampliamento da programma.
- Altra residenzialità, a servizio degli studenti del polo didattico, che potrà essere realizzata sulle aree di proprietà di Società F.S. Sistemi Urbani per un bacino d'utenza di circa 1.200 unità.

La realizzazione dell'intero PSRI sarà articolata in due lotti:

- LOTTO 1: Polo della sanità e della formazione clinica + Polo della ricerca
- LOTTO 2: Polo della didattica e della residenzialità d'ambito (foresteria)

L'analisi di dettaglio condotta nello SdF riguarda solo il LOTTO 1, per il quale sono state individuate le procedure realizzative e le modalità per garantire la fattibilità e la sostenibilità economico-finanziaria dell'investimento, a partire dalle risorse pubbliche a disposizione (derivanti da fondi ex Art. 20, Legge n. 67/1988 del Ministero della Salute per una cifra complessiva di 250 €/mln e da fondi regionali per una cifra complessiva di 12,5 €/mln.

Il possibile finanziamento a valere sul fondo istituito presso CDP ai sensi dell'art. 4 della Legge n. 144/1999 per la copertura dei costi della progettazione preliminare, per una cifra complessiva pari a 3,5 €/mln (in corso di definizione), non viene preso in questa fase in considerazione, non essendo certo.

Le procedure di realizzazione e i meccanismi di finanziamento dell'intervento (lotto 1) sono stati definiti sulla base delle seguenti considerazioni:

- a causa della dimensione finanziaria stimata dell'intervento e dell'attuale situazione della Regione Piemonte, e degli enti ad essa collegati, con riferimento all'impossibilità di ricorrere ad ulteriore indebitamento, è necessario individuare modalità di coinvolgimento di attori privati che possano apportare le risorse finanziarie necessarie, al netto di quelle che saranno apportate dalla Pubblica Amministrazione.
- a causa della complessità dell'intervento è opportuno procedere a una disarticolazione in più componenti, per ciascuna delle quali saranno applicate le procedure più adeguate. Tale disarticolazione consentirà alla Pubblica Amministrazione di avere un maggiore controllo sulle procedure e di poter individuare per ciascuna componente gli attori del mercato più idonei a rispondere, riducendo le intermediazioni e migliorando la prestazione offerta, sia in termini economici sia in termini qualitativi. Gli interventi individuati sono i seguenti:

- o realizzazione degli edifici ed impianti e bonifica dell'area
- o acquisto delle tecnologie sanitarie e arredi

Per quanto riguarda in particolare il primo intervento, la realizzazione si attuerà attraverso una procedura di Partenariato Pubblico Privato, con l'affidamento in gestione dei soli servizi strettamente connessi alle opere realizzate: manutenzione e tutte le attività finalizzate a garantire la piena e continua disponibilità di opere e impianti, gestione energia e calore.

Il costo per la Pubblica Amministrazione sarà determinato da due componenti:

- contributo in conto capitale, finalizzato a ridurre il costo dell'investimento;
- canone di disponibilità e canone relativo ai servizi sopraindicati.

L'affidamento avverrà secondo le modalità indicate dal nuovo Codice degli Appalti Pubblici per i contratti di PPP.

Le tempistiche stimate per la realizzazione dell'affidamento prevedono una durata di 24 mesi per arrivare alla sottoscrizione del contratto.

L'analisi di fattibilità e sostenibilità economico-finanziaria dell'operazione ha portato a definire i seguenti valori:

- contributo pubblico in conto capitale: 131.500.000 €, inclusa IVA al 10%. Tale importo si ipotizza erogato in modo proporzionale all'avanzamento dei lavori. Tale contributo è pari al 30% dell'investimento complessivo e dunque ai sensi del Regolamento Eurostat⁵ l'operazione può essere considerata off balance per la Pubblica Amministrazione.
- Il canone annuo che si ipotizza congruo, corrisposto in favore del concessionario, è pari a 28.370.000 € (IVA esclusa), ed è stato stimato in ragione:
 - o del servizio del debito complessivo;
 - o delle manutenzioni ordinarie e straordinarie degli immobili e degli impianti, da effettuate nel corso della durata della concessione;
 - o degli altri oneri di strutturazione dell'operazione, margini per il concessionario e riserve di liquidità.
- durata della concessione pari a 25 anni.

L'alienazione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare che sarà liberato con il trasferimento nella nuova struttura rappresentano elementi che possono concorrere alla sostenibilità finanziaria dell'operazione nel lungo periodo. Il valore di ricavo di dette operazioni potrà entrare successivamente nel piano economico-finanziario, con una rinegoziazione che potrebbe, ad esempio, ridurre i tempi di concessione, o andrà a rafforzare la capacità della Pubblica Amministrazione di sostenere i canoni per tutta la durata della concessione o di coprire i costi necessari per l'adeguamento del CTO.

Per quanto riguarda la bonifica dell'area e il secondo intervento, gli stessi potranno essere attuati con riferimento alle ordinarie procedure di gara previste dal nuovo Codice degli Appalti con la totale copertura dei costi attraverso finanziamento pubblico.

L'ambito Avio-Oval è oggetto di bonifica in relazione alle destinazioni d'uso previste

⁵ Manual on Government Deficit and Debt, Implementation of ESA 2010, VI.4.3.5 Government financing , Art 58 "If the total capital cost is predominantly covered by government (in various forms, e.g. investment grants, loans, etc.), government is deemed to bear the majority of risks and the asset is classified of its balance sheet.

dal vigente A.d.P.

La previsione del PSRI e le nuove destinazioni urbanistiche, in particolare quella ospedaliera, richiedono nuovi livelli di bonifica. Al fine di garantire flessibilità progettuale per l'intero intervento è necessario procedere con un'azione di bonifica che riporti tutta l'area in "colonna A" del D.Lgs. 152/2006 e s.m.i. (l'ospedale può essere, in questo modo, localizzato in qualsiasi punto dell'area).

L'ipotesi progettuale prevede di scavare una volumetria di circa 750.000 mc con una profondità di scavo di 6 m dall'attuale piano campagna (compatibile con le presunte necessità edificatorie dell'opera).

Si stima quindi una volumetria di scavo totale di 750.000 mc circa per un costo dei lavori pari a € 15.800.000 oltre IVA per € 1.580.000 e spese tecniche per € 1.100.000 per un totale di € 18.480.000. Il costo dei lavori è stato stimato ipotizzando i maggiori costi legati alla presenza di amianto.

Il secondo intervento prevede l'acquisizione degli arredi, delle grandi tecnologie sanitarie e delle tecnologie ordinarie ospedaliere attraverso le modalità ordinarie di gara con un finanziamento totalmente a carico dello Stato e della Regione Piemonte per un importo totale stimato in € 112.500.000.

2.a.6. Offerta post-operam

La realizzazione degli interventi previsti dal presente programma comporterà la ridefinizione dell'offerta di assistenza in linea con l'attuale quadro normativo e programmatico regionale, esito delle modifiche apportate dalla Regione negli anni passati.

2.b. Coerenza interna della strategia

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

Le necessità di investimenti nella rete dei presidi trova riscontro nelle analisi dell'offerta di assistenza ospedaliera delineata ai paragrafi precedenti, sia per quanto riguarda innovazioni e riorganizzazioni che permettano un miglioramento degli aspetti gestionali, sia per l'adeguamento e l'ammodernamento di quelle situazioni strutturali che possono essere considerate più critiche o che lo possono diventare in un futuro prossimo.

L'ipotesi progettuale nasce in primo luogo dalla constatazione delle progressive criticità che le attuali strutture dei PPOO della CSS si trovano ad affrontare nella rete del sistema sanitario regionale e nazionale. Queste possono essere ricondotte, oltre che ai diversi bisogni sanitari emergenti ed espressi dalla popolazione, anche alle mutate esigenze strutturali e funzionali delle strutture sanitarie, che richiedono un modello tecnologicamente avanzato e con costi sostenibili.

Le criticità strutturali dei PPOO della CSS, frenano di fatto e da tempo lo sviluppo dell'attività sanitaria delle aziende e hanno portato alla decisione di provvedere, in alternativa agli insediamenti attuali, alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere di capacità adeguata alle attuali esigenze, ma anche capaci di ricevere nel tempo le

variazioni, anche sostanziali, che il costante sviluppo dell'attività medica e delle apparecchiature a supporto imporranno. In particolare:

- la diminuzione di fabbisogno di posti letto di degenza, avvenuta a livello internazionale, non sembra aver esaurito la sua spinta;
- il compimento del progetto universale sul genoma umano delinea scenari diagnostici e terapeutici totalmente innovativi e capaci di comportare in futuro notevoli modifiche organizzative e strutturali;
- il costante sviluppo delle attività sanitarie che si risolvono nell'arco di un giorno, se da un lato deprimono il fabbisogno di degenza, dall'altro esaltano quello degli spazi diagnostico terapeutici;
- l'inarrestabile invecchiamento della popolazione e la trasformazione etnica della stessa rappresentano dati di fatto e spinte innovative che pongono ineludibili problematiche di flessibilità delle strutture ospedaliere e di disponibilità di spazi adeguati per dimensione e per organizzazione.

Anche l'attività didattica e di ricerca dell'Università, che viene svolta all'interno della strutture ospedaliere, soffre delle stesse disfunzioni e limitazioni descritte per le attività assistenziali.

Il punto nodale sta dunque, come detto, nell'insieme Ospedale-Università, nelle sue interazioni, nella sperimentazione operativa di una missione comune e di una gestione ed organizzazione adeguata a realizzarla. La condizione essenziale su cui poggia la sinergia di sistema è la costituzione, nello spirito del D.Lgs. 517/99, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria fondata su dipartimenti integrati, che riunifichino attività ed operatori protagonisti, a prescindere dal loro primitivo rapporto contrattuale con il S.S.N. o con l'Università, in un comune sforzo di praticare insieme, seppure con diversa graduazione delle priorità di impegno, assistenza, ricerca e didattica.

La realizzazione dei nuovi complessi edilizi, oltre a risolvere i problemi strutturali, tecnologici e dei sistemi informativi in chiave di efficacia ed efficienza, è anche l'occasione per riorganizzare i processi assistenziali e per stimolare la massima integrazione multidisciplinare.

Il PSRI si caratterizzerà con una missione di assistenza formazione e ricerca e con un modello organizzativo-strutturale non solo tecnologicamente avanzato, ma anche flessibile, funzionale alle esigenze di formazione e ricerca., con specifici criteri di ecocompatibilità ed autosostenibilità, anche per quanto riguarda i costi di gestione. Il nuovo polo assistenziale sarà dunque orientato alla gestione della complessità ma ben inserito nella rete di emergenza e nelle reti cliniche regionali, integrato nella rete ospedaliera e con il territorio. In tal senso è evidente la progressiva differenziazione delle funzioni che gli ospedali piemontesi dovranno assumere e, in parallelo, l'incremento delle attività di diagnosi e cura svolte sul territorio.

La localizzazione del PSRI nell'area ex FIAT Avio-Oval trova riscontro nella soluzione a rete proposta che si giova della elevata dotazione strutturale ed infrastrutturale esistente nelle aree urbane, valorizzando l'integrazione e le economie dei sistemi urbani (elevata accessibilità e dotazione di servizi privati e pubblici di supporto).

Per l'Area funzionale sovrazonale di Torino il riordino ed ammodernamento del sistema dei presidi di ricovero, è visto anche in relazione ad una redistribuzione dei letti nell'ambito della città e della sua cintura, e soprattutto ad una razionalizzazione dell'assistenza di area materno-infantile. È noto infatti come nell'attività dei PPOO

OIRM e Sant'Anna sia ricompresa un'elevata quota di prestazioni a bassa complessità, in contrasto con la loro vocazione di eccellenza. È noto inoltre come nella parte sud di Torino vi sia una concentrazione quantitativa e qualitativa di attività ospedaliere molto elevata, mentre nella zona Nord la densità è minore. Inoltre i cittadini delle ASL della prima cintura utilizzano per i propri ricoveri soprattutto le ASO della città compreso l'ospedale Mauriziano e i presidi ospedalieri dell'ASL TO2. Tali considerazioni portano a prevedere il potenziamento delle attività di ricovero nella zona NordOvest.

La riorganizzazione e l'ammodernamento della rete ospedaliera metropolitana, nel cui ambito si colloca la realizzazione del PSRI, si prefigge dunque i seguenti obiettivi:

- favorire la redistribuzione dei posti letto nelle diverse aree della città (in particolare nella zona nord) per le discipline e i servizi a più alta diffusione (in primo luogo ostetricia, ginecologia e pediatria) per consentire un più facile accesso ai cittadini alle prestazioni di ricovero più comuni evitando l'accentuarsi della mobilità nell'area metropolitana che, per alcuni percorsi, richiede tempi molto lunghi (più di quelli necessari per gli spostamenti tra comuni più distanti fuori dell'area metropolitana) e per permettere una migliore integrazione dei servizi territoriali con quelli ospedalieri;
- accentuare il grado di specializzazione delle strutture ospedaliere che effettuano prestazioni ad alta complessità (PPOO Molinette, CTO, OIRM S.Anna in particolare) e concentrare in queste sedi le attività di riferimento regionale della rete ospedaliera (trapianti, attività di secondo livello ostetriche e pediatriche, ecc.) La distribuzione delle funzioni specialistiche nella rete ospedaliera cittadina verrà così progressivamente riorganizzata decentrando le attività a minore livello di complessità, e secondo i criteri delineati dalla DGR 51-1358 del 29 dicembre 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. Il riordino richiederà opportuni investimenti atti a mantenere e ad aumentare il livello tecnologico necessario, mentre i presidi ad alta specializzazione svolgeranno ruoli specifici anche nel rapporto con la ricerca e per l'insegnamento universitario;
- trasferire parte dell'attività di area-materno infantile verso gli altri grandi presidi della rete metropolitana quali il Maria Vittoria, il Mauriziano ed il Martini, i quali svolgeranno ruoli complementari in ottica di rete. Tale trasferimento, in particolare, comporterà il potenziamento dei presidi del Mauriziano, ed in misura minore del Maria Vittoria.

In un'ottica più ampia, la necessità di realizzare nuove strutture che ospitino i centri di eccellenza ospedaliero-universitaria di Torino, può essere trasformata in una grande opportunità attraverso la definizione non solo di nuovi poli sanitari ma anche di parchi tecnologici e di un sistema incubatore di imprese, al fine di creare nuove sinergie tra assistenza, ricerca universitaria, industria. La ricerca biomedica e biotecnologica possono essere così volano di sviluppo e partecipare alla crescita economica e di competitività della Regione.

Tali ipotesi si inseriscono nel contesto delle prospettive strategiche aperte dall'Accordo Stato-Regione (Accordo di Programma Quadro del 30 maggio 2006 tra Regione Piemonte, Ministero dell'Economia e delle Finanze, e Ministero

dell'Istruzione Università e Ricerca) nel settore sanitario che fanno riferimento esplicito a poli territoriali già dotati di una pluralità di risorse da potenziare: da una parte importanti centri ospedalieri, ma dall'altra anche attività produttive, di ricerca, di formazione, di tecnologia innovative nel settore, adeguate a creare valore e non solo a distribuire servizi. Torino e Novara sono i centri primari in Piemonte che rispondono a questo insieme di requisiti. L'obiettivo che si intende promuovere è quello della valorizzazione delle risorse scientifiche, accademiche ed imprenditoriali presenti nel Piemonte, allo sviluppo economico e sociale della regione e delle diverse realtà territoriali, e dunque il concetto di "Città della salute" può essere qualificato come distretto medicale dedicato all'innovazione e finalizzato a perseguire una serie di obiettivi:

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

pubblici, università. I centri di eccellenza saranno basati sulla presenza di Unità Cliniche e Ospedaliere specializzate (anche delocalizzate su scala regionale) in grado di sviluppare la “massa critica” di casi, che serviranno ad attrarre clinici con vasta esperienza di interazione con l’industria biomedica e farmaceutica e per la sperimentazione di nuovi servizi medici ed assicurativi. Esempi di alcune branche in cui si possono sviluppare centri di eccellenza possono essere dati da: medicina molecolare, tecnologie assistite per l’anziano, tecnologie innovative per la chirurgia mini-invasiva e robotica, neuroscienze. Ulteriori centri possono svilupparsi legati alla convergenza fra problematiche cliniche e sviluppi nei settori dell’ICT, della biologia e genetica molecolare e delle nanotecnologiche.

- o Creazione di spazi attrezzati per facilitare l’insediamento d’impresa nella filiera dell’industria sanitaria in un’ottica di distretto.
- la necessità di una crescente integrazione sanità università-formazione e industria. La formazione professionale (lauree brevi, corsi di specializzazione) soprattutto nell’area dell’assistenza socio-sanitaria: infermieri, fisioterapisti.

Ove si verificano le condizioni per una integrazione del genere definito dai programmi regionali e statali, la struttura ospedaliera viene riconosciuta come servizio sovralocale qualificante un intero territorio ma anche, da una parte come fattore indispensabile di polarizzazione per gli studi universitari, di ricerca e di sperimentazione in campo medico, farmaceutico e delle biotecnologie, coordinate con un sistema territoriale di supporto dall’altra come compendio delle altre azioni di servizio cittadino e territoriale connesse all’ampio tema della salute e della guarigione.

I nodi della rete sottesa al percorso nascita

L’organizzazione generale secondo livelli di competenza e specializzazione prevista per la rete ospedaliera (come delineata nella strategia di intervento del presente Accordo di Programma) è coerente e supporta l’organizzazione della rete di assistenza sottesa al “percorso-nascita” così come definita alla DGR n° 34-8769 del 12.05.2008 e provvedimenti correlati, nonché dall’Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010..

I nodi della rete si individuano nei Consultori Familiari (CF), negli Ambulatori specialistici, nei Punti Nascita (PN), nella Rete regionale delle Terapie Intensive Neonatale (TIN), in collegamento con i servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) e di Psicologia, con i Servizi Sociali, altri servizi pubblici che contribuiscono a garantire l’efficienza del Percorso Nascita.

Una rete di servizi funziona quando siano stabilite delle regole relative alla: 1) entrata degli assistiti nella rete; 2) distribuzione delle competenze ai vari nodi; 3) distribuzione del sovraccarico tra i nodi; 4) passaggio di informazione rapido che coniughi l’efficienza della trasmissione delle informazioni essenziali con la necessaria umanizzazione e personalizzazione delle informazioni in sanità. La rete deve essere considerata in divenire, le caratteristiche sottoelencate ne definiscono la configurazione di partenza attraverso indicatori di funzione.

La rete regionale garantisce la promozione della salute e la prevenzione, la presa in carico della gravidanza/parto/nascita/puerperio/primi giorni di vita del neonato

attraverso nodi (servizi) “orientati” a casistiche con complessità diverse (gerarchia articolata in 2 livelli). La complessità della casistica è elemento vincolante per l’attribuzione del livello, mentre la numerosità della casistica è determinante per il mantenimento dell’attività.

All’interno della rete vigono i seguenti principi:

- un livello superiore deve erogare oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori;
- principio di sussidiarietà “trasparente” tra servizi dello stesso livello o di livelli diversi senza ipertrofizzare l’offerta di servizi.

L’accesso alle prestazioni appropriate (e relativi servizi) è realizzata principalmente attraverso due strumenti: l’offerta attiva, propria dei servizi di I livello, e la selezione del rischio, procedura continua lungo tutto il Percorso Nascita.

La rete aziendale (CF, PN, Ambulatori e servizi specialistici, MMG e PdF) garantisce alle donne/neonati residenti il Percorso Nascita, in proprio o in collaborazione con altre ASR regionali, a seconda della complessità dei casi, nella salvaguardia dei principi di libera scelta dei cittadini, di sicurezza degli interventi, di vicinanza al domicilio. L’OMS nel documento maggio 2007 “Interventi raccomandati per migliorare la salute materno- infantile” definisce l’assistenza alla gravidanza, travaglio, parto, puerperio e neonato secondo i seguenti profili:

- assistenza di base da offrire a tutte le donne ed i bambini;
- assistenza aggiuntiva per donne e bambini con malattie di moderata gravità;
- assistenza specializzata per donne e bambini con malattie gravi.

Le caratteristiche che contraddistinguono le attività in quest’ambito sono quelle relative alla risposta alla domanda di salute attraverso un “percorso” e non solo una “prestazione”, accompagnato da una precisa strategia di “offerta attiva” necessaria per una efficace promozione della salute, per una sensibilizzazione ai diritti/doveri nei confronti della stessa e per una crescita (collettiva e individuale) delle competenze ad effettuare scelte consapevoli.

Sono considerati elementi irrinunciabili dell’assistenza dei Punto Nascita di qualsiasi livello:

- l’effettuazione dei TC di urgenza e possibilità di scelta del parto vaginale per gravide con pregresso TC;
- la disponibilità di spazio perché la mamma dopo il parto possa tenere fin da subito il neonato con sé;
- la contiguità del nido con le camere di degenza dell’ostetricia; con separazione delle degenze conseguenti a parto da quelle conseguenti ad aborti spontanei o IVG
- la realizzazione del rooming-in;
- il sostegno dell’allattamento al seno secondo le indicazioni del progetto regionale specifico con particolare attenzione alla valutazione della poppata per ogni mamma che inizia l’allattamento al seno;
- il rispetto integrale del Codice Internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno;
- la garanzia, nei casi di neonati con patologia, di:
 - o assistenza in reparto aperto ai genitori;
 - o partecipazione dei genitori alle cure;
 - o sostegno all’allattamento materno;

- o informazione comprensibile ai genitori sulle necessità del piccolo;
- o programmazione degli interventi terapeutici nel rispetto del contenimento del dolore del neonato e nel rispetto dei ritmi della relazione mamma-bambino;
- l'attenzione ai segnali di rischio di depressione post partum e l'attivazione dei percorsi di sostegno intra ed extraospedaliero;
- la partecipazione della mamma/genitori alle scelte assistenziali ed alle procedure (visita);
- assistenza ostetrica alla puerpera (controlli involuzione uterina, lochi, perineo, ecc);
- le dimissioni personalizzate, concordate e protette, con attivazione dei collegamenti con i servizi territoriali;
- l'adesione ai programmi di screening previsti da leggi nazionali/regionali;
- l'offerta attiva di tutte le informazioni EB utili all'avvio del progetto di salute familiare per il bambino (allattamento al seno, prevenzione SIDS, trasporto sicuro, vaccinazioni raccomandate, Nati per leggere);
- la compilazione, condivisa con i genitori, dell'Agenda di salute del bambino il cui bilancio di salute neonatale sintetizza gli elementi anamnestici e clinici utili al passaggio alle cure primarie;
- la redazione del foglio di dimissione ostetrica, condivisa con la donna, da inserire nell'Agenda della Gravidanza per garantire il passaggio di informazione ai servizi territoriali;
- l'informazione alla donna che per qualsiasi ricovero che si rendesse necessario nei 40 giorni dopo il parto è necessario portare con sé l'Agenda di Gravidanza;
- l'esecuzione del riscontro diagnostico autoptico per le morti perinatali secondo le indicazioni ministeriali;
- la chiusura entro 10 giorni del Certificato di Assistenza al parto condotta congiuntamente da ostetrica/ginecologo e neonatologo in particolare nella segnalazione di eventuali malformazioni;
- la corretta e trasparente compilazione dei documenti che tracciano il Percorso Nascita (SDO materna, SDO neonatale, Cedap, segnalazione al Registro Malformazioni, Segnalazione al Registro Malattie Rare, ecc..

I PN di II livello che richiedono una corrispondenza tra la componente ostetrica e quella neonatologia in particolare per una organizzazione che permetta una valutazione dinamica della necessità di un parto immediato o possibilità di continuare la gestazione in ambiente compromesso (= diagnostica specialistica e ripetuta del benessere/ malessere fetale + disponibilità all'urgenza), confluiscono nella rete regionale TIN assumendone i protocolli operativi (Protocolli Rete TIN e STENI PN devono disporre del supporto della NPI. Per i Punti Nascita di II livello deve essere realizzata una modalità assistenziale che garantisca l'accesso ad entrambi i genitori senza limitazioni di orario e la disponibilità a fornire informazioni sui ricoverati in orari predeterminati.

“ La tutela della salute delle donne gravide che afferiscono a strutture di I o II livello e dei feti, di fronte all'evidenziarsi di situazioni cliniche richiedenti trattamenti di livello superiore è garantita dall'obbligo dell'ostetrico-ginecologo di guardia di accertare clinicamente e strumentalmente gli elementi di rischio materni e/o fetali che indicano

l'opportunità di un trasferimento e dall'efficienza di un servizio di trasporto della gravida" (Progetto Obiettivo Materno Infantile 2000).

Le attività della rete di assistenza perinatale, sottesa al Percorso Nascita, sono realizzate secondo appositi protocolli regionali o aziendali, e secondo protocolli di intesa fra aziende e fra istituzioni diverse, a seconda del livello di operatività, condivisi dai servizi e dagli operatori coinvolti (protocolli assistenziali relativi a: trasporto in utero, trasporto neonatale, BdS preconcezionale, monitoraggio gravidanza a basso rischio, monitoraggio gravidanza a rischio, BdS materno-fetale a termine di gravidanza, monitoraggio gravidanza oltre il termine, sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto, accoglienza/assistenziale al neonato sano, BdS neonatale, assistenza in puerperio, protocollo dimissioni precoci, ecc). Tali protocolli sono parte integrante del documento Percorso Nascita Aziendale corredati dalla data dell'ultima stesura e dalla data prevista di revisione. Tutti i nodi della rete debbono essere collegati alle reti già esistenti in Regione per quanto di loro competenza (es. segnalazione malattie rare, segnalazione a Centro di riferimento laddove esistente es. DOWN, Centro SIDS, ecc).

2.b.2. Analisi dei rischi

TABELLE SWOT COMPLESSIVE LIVELLO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA E ASPETTI COMUNI ALL'ASSISTENZA OSPEDALIERA E DISTRETTUALE

Macrolivello assistenza ospedaliera				
Obiettivi specifici	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
10-Riordino della rete ospedaliera	Dotazione di posti letto in linea con lo standard nazionale in vigore prima del Patto per la Salute 2010-2012.	Elevata vetustà di molti presidi ospedalieri	Pressione operatori privati per incrementare capacità produttiva	Evoluzione dei LEA a favore di risposte assistenziali extraospedaliere
11-Riduzione del tasso di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione in linea con lo standard nazionale	Tasso di ospedalizzazione più elevato in presenza di capacità produttiva in esubero e nei territori di confine con la Lombardia		Sviluppo della offerta di servizi sanitari più appropriati
12-Sviluppo di regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinario	Programma di conversione dell'utilizzo di strutture sanitarie	Distribuzione disomogenea sul territorio regionale	Resistenza dei familiari degli utenti al trasferimento in sedi extraospedaliere	Umanizzazione dell'assistenza
13-Riduzione della degenza media dei ricoveri ordinari	Sviluppo rete servizi domiciliari	Limiti strutturali delle strutture extraospedaliere in alcune aree territoriali	Rischio di scarso coordinamento tra i diversi segmenti della continuità assistenziale	Evoluzione dei LEA a favore di risposte assistenziali extraospedaliere
14-Regolamentazione dell'offerta degli erogatori privati	Rete consolidata e con rapporti stabilizzati	Presenza in alcune aree territoriali con ridotta popolazione e con capacità produttiva in esubero	Presenza di alcune strutture di difficile conversione	Possibilità di migliorare la integrazione dei servizi privati con quelli pubblici, mediante i contratti diretti.

Fonte: PIANO DI RIQUALIFICAZIONE DEL SSR E DI RIEQUILIBRIO ECONOMICO di cui alla D.G.R. 1-415 del 28 agosto 2010

Aspetti comuni all'assistenza distrettuale ed ospedaliera				
Obiettivi specifici	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
15-Migliorare l'accesso ai servizi	Liste di attesa superiori agli standard per poche prestazioni	Sviluppo delle liste di attesa anche in presenza di capacità produttiva adeguata rispetto alle attese	Pressione operatori privati per incrementare capacità produttiva	Possibilità di migliorare l'accesso ai servizi grazie ai CUP ed ai sovraCUP di area sovrazonale
16-Razionalizzare l'utilizzo del farmaco	Spesa farmaceutica territoriale in linea con gli standard nazionali	Spesa per consumi farmaceutici ospedalieri superiore allo standard nazionale	Difficoltà a controllare l'appropriatezza nell'utilizzo dei nuovi farmaci	Vincoli posti dalla normativa nazionale
17-Riorganizzare la rete dei servizi diagnostici	Capacità produttiva adeguata	Distribuzione della capacità produttiva anche in piccoli centri	Pressione operatori privati per incrementare capacità produttiva	Spinta a centri di media-alta dimensione derivante dai costi degli investimenti Accorpamento ASL
18-Riorganizzare le attività riabilitative	Presenza di una rete riabilitativa pubblica che può assumere il governo del sistema	Distribuzione territoriale disomogenea	Livelli di consumo condizionati dalla presenza di capacità produttiva in esubero	Possibilità di utilizzare la capacità in esubero per rispondere all'evoluzione fisiologica della domanda
19-Riordinare il processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Avanzato sviluppo del processo di accreditamento istituzionale per l'assistenza ambulatoriale e ospedaliera	Ritardato sviluppo del processo di accreditamento istituzionale per l'assistenza residenziale extraospedaliera	Difficoltà ad adattare la capacità produttiva all'evoluzione dei bisogni e della tecnologia (in più e in meno)	Affiancare ai requisiti ulteriori la rispondenza alla valutazione della capacità produttiva, al fine di garantire l'utilizzo appropriato delle rete delle strutture

Fonte: PIANO DI RIQUALIFICAZIONE DEL SSR E DI RIEQUILIBRIO ECONOMICO di cui alla D.G.R. 1-415 del 28 agosto 2010

MATRICE SWOT SPECIFICA PER IL PARCO DELLA SALUTE DELLA RICERCA E DELL'INNOVAZIONE DI TORINO

<p>MINACCE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non cogenza con norme accreditamento - Bassa attrazione extraregionale - Tariffe su prestazioni di alta specialità poco affidabili 	<p>FORZE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestazioni di rara diffusione, monopolistiche - Insegnamento ricerca - Finanziamento disponibile - Alta specializzazione e preparazione del personale
<p>DEBOLEZZE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispersione sale operatorie - Logistica interna - Reparti non a modulo efficiente - Stato di usura - Numerosità stakeholder - Contesto urbano 	<p>OPPORTUNITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convenienza rispetto a ristrutturazione - Intervento modulare/intera opera scarsamente fattibile in tempi brevi - Revisione rete metropolitana materno infantile

Gli interventi previsti comportano una scelta delle seguenti strategie

- *S-O Strengths-Opportunities*: sviluppare nuove metodologie in grado di sfruttare i punti di forza dell'azienda.
- *W-O Weaknesses -Opportunities*: eliminare le debolezze per attivare nuove opportunità.

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 della Programmazione 2014-2020

La politica regionale unitaria, comunitaria e nazionale, riconosce la necessità di contribuire in modo significativo allo sviluppo della capacità di ricerca, innovazione, creazione e applicazione della conoscenza, alla più ampia diffusione della società dell'informazione e al migliore utilizzo del potenziale applicativo delle Tecnologie di Informazione e Comunicazione: nell'ambito della Programmazione 2014-2020 e più specificatamente nell'Accordo di Partenariato 2014-2020, tali elementi sono identificati (ai sensi dell'art. 9 del Reg. UE n. 1303/2013) con l'Obiettivo Tematico 1 – “rafforzare la ricerca, lo sviluppo tecnologico e l'innovazione” e l'Obiettivo Tematico 2 - “migliorare l'accesso alle TIC, nonché l'impiego e la qualità delle medesime”.

Tale argomento si inquadra, quindi, nel più ampio obiettivo di promozione di una “Crescita intelligente (sviluppare un'economia basata sulla conoscenza e sull'innovazione)” previsto dalla strategia Europa 2020.

La strategia proposta si propone tra l'altro di agire a favore dell'innovazione nell'offerta di ricerca scientifica con il sostegno dei punti di riconosciuta eccellenza e della realizzazione di progetti di rilievo che possano costruire mirate collaborazioni di scopo tra Amministrazioni, ricerca e imprese.

La politica regionale aggiuntiva può efficacemente rafforzare l'azione imprescindibile della politica ordinaria, attraverso la valorizzazione delle eccellenze in ambito scientifico, riconosciute secondo standard internazionali, e dei territori.

Su tali basi, questa priorità assume quale obiettivo generale quello di rafforzare e valorizzare l'intera filiera della ricerca e le reti di cooperazione tra il sistema della ricerca e le imprese, per contribuire alla competitività e alla crescita economica; sostenere la massima diffusione e utilizzo di nuove tecnologie e servizi avanzati; innalzare il livello delle competenze e conoscenze scientifiche e tecniche nel sistema produttivo e nelle Istituzioni.

Tra gli obiettivi specifici previsti dall'Accordo di Partenariato 2014-2020 in associazione a tale priorità, risultano significativamente connessi alla strategia del presente programma di investimenti i seguenti punti:

- sostegno alla valorizzazione economica dell'innovazione attraverso la sperimentazione e l'adozione di soluzioni innovative nei processi, nei prodotti e nelle formule organizzative, nonché attraverso il finanziamento dell'industrializzazione dei risultati della ricerca;
- sostegno alle attività collaborative di R&S per lo sviluppo di nuove tecnologie sostenibili, di nuovi prodotti e servizi (realizzate dalle imprese in collegamento con altri soggetti dell'industria, della ricerca e dell'università,...);

- rafforzamento del sistema innovativo regionale e nazionale;
- interventi a supporto della qualificazione dell'offerta di servizi ad alta intensità di conoscenza e ad alto valore aggiunto tecnologico;
- sostegno alle infrastrutture della ricerca considerate critiche/cruciali per i sistemi regionali;
- soluzioni tecnologiche per la digitalizzazione e innovazione dei processi interni dei vari ambiti della Pubblica Amministrazione nel quadro del sistema pubblico di connettività quali ad esempio la giustizia (informatizzazione del processo civile¹⁰), la sanità, il turismo, le attività e i beni culturali, i servizi alle imprese.

Altro aspetto rimarcato dalla programmazione strategica nazionale nell'ambito dell'Accordo di Partenariato 2014-2020 riguarda l'Obiettivo Tematico 4 “- Sostenere la transizione verso un'economia a basse emissioni di carbonio in tutti i settori”. La politica regionale unitaria va dunque orientata a rendere maggiormente disponibili risorse energetiche per i sistemi insediativi, produttivi e civili e ad operare per la riduzione dell'intensità energetica e per il risparmio di energia.

La realizzazione di nuove strutture sanitarie orientate a criteri di uso sostenibile ed efficiente delle risorse energetiche, come previsto dagli interventi del presente programma di investimenti, risulta in linea con l'obiettivo specifico RA 4.1 “Riduzione dei consumi energetici negli edifici e nelle strutture pubbliche o ad uso pubblico, residenziali e non residenziali e integrazione di fonti rinnovabili”.

Le linee di intervento sono rivolte sia a ridurre i consumi di energia negli usi finali, sia a migliorare l'efficienza del sistema energetico nel suo complesso:

- promozione del risparmio energetico, riduzione dell'intensità e promozione dell'efficienza energetica nei settori produttivi, nel settore civile e nella Pubblica Amministrazione, ricorrendo anche a procedure di Green public procurement (GPP);
- sviluppo della cogenerazione diffusa (di elettricità e calore) e della trigenerazione (di elettricità, calore e freddo), per la produzione di energia elettrica, la diffusione del teleriscaldamento e teleraffreddamento, nel rispetto degli obiettivi di qualità dell'aria.

Tali priorità strategiche nazionali sviluppate prima dal QSN 2007-2013 e poi ampliate fondamentalmente dall'Accordo di Partenariato 2014-2020, come sopra evidenziato, trovano ampio riscontro nel Documento Unitario di Programmazione (DUP) della Regione Piemonte, approvato con DGR n. 19-9238 del 21 luglio 2008. Queste sono riprese dalle priorità strategiche regionali I – Innovazione e transizione produttiva e II – Sostenibilità ambientale, efficienza energetica, sviluppo delle fonti energetiche rinnovabili.

La coerenza rispetto alle strategie del presente programma di investimenti si esplicita in particolare nelle seguenti linee regionali di intervento:

- Linea 1) Piattaforme tecnologiche.
Le piattaforme tecnologiche sono strumenti di coordinamento che riuniscono diversi portatori di interessi attorno a una agenda di ricerca comune e a una strategia di sviluppo di nuove applicazioni, nuovi prodotti e nuovi servizi che derivano dalla convergenza di più traiettorie tecnologiche.
L'azione si concretizza nella realizzazione di programmi strategici di ricerca e innovazione, rivolti all'acquisizione e alla sperimentazione di nuove

conoscenze finalizzate alla messa a punto di nuovi prodotti, processi produttivi, servizi, o al miglioramento di quelli esistenti.

Tra i settori prioritari individuati dalla programmazione regionale risultano tra l'altro quello dei servizi sanitari avanzati e delle scienze della vita e biotecnologie. Tutto questo in coerenza con le "Linee generali di Intervento" del Sistema regionale piemontese per la ricerca e innovazione di cui all'art. 4 della LR n. 4/2006.

- Linea 2) Poli innovativi.

La programmazione strategica regionale affronta il problema del trasferimento tecnologico tra chi produce conoscenze scientifiche e tecnologiche (il sistema della ricerca) e chi ha le competenze e gli assets per trasformare tali conoscenze in valore economico (il sistema produttivo), favorendo un processo bi-direzionale che implica una relazione tra gli attori e la cui efficacia dipende anche dai contesti e dai linguaggi utilizzati dai soggetti coinvolti. È prevista infatti una strategia di rilancio dei Parchi Scientifici e Tecnologici presenti sul territorio regionale ed è funzionale rispetto a un più generale obiettivo di riorganizzazione delle attività di trasferimento tecnologico in Piemonte.

In coerenza con tale obiettivo strategico è stata prevista, nel PSRI di Torino una forte sinergia ricerca ed impresa, favorita anche da spazi dedicati ad incubatore di impresa per tecnologie innovative.

- Linea 4) ICT e infrastrutturazione telematica.

Il potenziamento delle infrastrutture ICT regionali è funzionale, tra l'altro, al perseguimento dell'obiettivo della creazione di piattaforme per il trattamento di immagini e filmati, che riguardano in primo luogo i servizi correlati alla sanità. In particolare sono previsti interventi per radiologia in rete e fascicolo sanitario elettronico, screening, telerefertazione, teleconsulto, ecc.

In coerenza con tale obiettivo strategico, gli interventi per la realizzazione del PSRI di Troino e gli interventi sui presidi della rete prevedranno particolare attenzione alla progettazione e realizzazione di infrastrutture tecnologiche ICT per favorire applicazioni di telemedicina.

- Linea 6) Risparmio energetico e produzione di energia da fonti rinnovabili

Tra gli obiettivi strategici in materia, si evidenzia quello relativo alla Razionalizzazione dei consumi energetici negli edifici di proprietà e di uso pubblico.

Visto l'elevato consumo di energia da parte delle strutture edilizie di utilizzo o proprietà pubblica, ed in particolare delle strutture ospedaliere, assume carattere strategico incidere sulla riduzione dello stesso. A questo fine, si può intervenire mediante il sostegno finanziario sia a tecnologie di utilizzo delle fonti rinnovabili di energia, sia a un suo uso maggiormente razionale.

I programmi regionali sulla sanità nell'ambito dell'energia sono coerenti con le linee principali del POR (Programma Operativo Regionale) 2014-2020, cofinanziato con fondi FESR (Fondo Europeo Strategico Regionale).

I massimi risultati in questa direzione si possono ottenere, più che dalla riqualificazione di strutture esistenti, dalla realizzazione di nuove strutture ospedaliere progettate secondo criteri di efficienza e sostenibilità energetica.

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

Il presente programma è coerente con le linee della programmazione sanitaria nazionale.

Gli interventi previsti per il Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino e la Città della Salute di Novara ribadiscono infatti l'indirizzo nazionale secondo cui l'ospedale per acuti, nell'attuale modello di sanità che sposta il baricentro dall'ospedale al territorio, viene chiamato a svolgere prestazioni di alta complessità in tempi coerenti con la gestione della fase acuta della patologia e con attenzione al desiderio del paziente di permanere il più possibile al proprio domicilio. L'ospedale deve essere messo in rete con le altre strutture di differente livello, al fine di consentire che alcune prestazioni particolarmente complesse vengano erogate in centri specializzati individuati dalla programmazione regionale.

Ogni realtà regionale è chiamata dalla norma a ridefinire l'impianto delle propria rete ospedaliera. Il processo di riduzione dei p.l. per acuti e la qualificazione dei p.l. per riabilitazione è l'occasione da un lato per qualificare il ruolo dei singoli presidi in una logica di rete coordinata secondo modelli tipo hub & spoke, dall'altro per precisare il ruolo che gli ospedali di alta specializzazione di interesse sovraregionale devono avere nella rete nazionale.

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 che prescrivono come standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale un valore non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare.

Si dà atto, in particolare e come evidenziato nella tabella di pag. 33, che la realizzazione del progetto del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione determina una riduzione del numero attuale dei posti letto e, contestualmente, una maggiore efficacia ed appropriatezza dei volumi e delle tipologie delle prestazioni sanitarie alle caratteristiche dei luoghi di cura e alle esigenze dell'intera rete dei presidi ospedalieri dell'area metropolitana.

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.

Il modello proposto per attuare il Patto per la Salute 2014 -2016, salvaguardando la centralità del cittadino e garantendo l'appropriatezza delle prestazioni offerte, è fondato sui seguenti principi fondamentali:

- L'incrocio del dato epidemiologico (bisogno) con il dato SDO relativo alle prestazioni realmente erogate (caratteristiche della produzione);

- La rimodulazione della rete di Emergenza- Urgenza in simmetria con la rete Ospedaliera secondo il concetto di Hub & Spoke, alla luce sia dei bacini di utenza che della copertura delle zone disagiate, ridefinendo altresì le interdipendenze con il 118. L'adeguata strutturazione delle due reti secondo la logica sopra esposta, costituisce infatti l'architrave sul quale rimodulare le reti delle patologie complesse e la loro interazione con la rete Territoriale.
- La definizione del fabbisogno delle strutture operative complesse (di seguito SC) per singola disciplina, individuato sulla base dei range per bacino di utenza indicati dal Regolamento, e determinato alla luce dei volumi e degli esiti delle prestazioni erogate dalle diverse Strutture. (...)
- La rimodulazione delle reti delle patologie complesse tempo dipendenti (ad es. politrauma, infarto STEMI, Ictus, ostetricia e neonatologia, psichiatria etc...) e delle reti di elezione (ad es. oncologica, allergologica ma anche laboratoristica, etc...) che inserendosi sul sistema Hub & Spoke degli ospedali, consentono di garantire una risposta tempestiva e appropriata ai bisogni. (...)

In conclusione, il risultato atteso dall'attuazione del Patto per la Salute, art.3, si realizza attraverso la rimodulazione della rete ospedaliera articolata in Hub (DEA di II livello), Spoke (DEA di I Livello), Ospedali di Base con Pronto Soccorso e Ospedali di Area Disagiata con attività ridotta di Pronto Soccorso, con la definizione dei fabbisogni per specialità e l'allocazione delle discipline per l'elezione che sia funzionale rispetto ai nodi della rete dell'Emergenza e delle patologie complesse tempo dipendenti.

Come già evidenziato ai paragrafi precedenti l'intervento realizzativo del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino integra e supporta inoltre la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale secondo quanto proposto dalle DD.GG.RR. di riferimento al fine di promuovere il passaggio del servizio sanitario regionale da una fase caratterizzata dalla centralità aziendale e da logiche competitive ad una nuova fase orientata alla cooperazione interaziendale ed alla realizzazione di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, conseguendo, in tal modo, il massimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa.

Inoltre il predetto PSSR identifica tra gli elementi caratterizzanti l'azienda ospedaliero- universitaria e la ricerca ed insegnamento diffusi nel sistema (par. 5.3.9) il Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino e la Città della Salute e della Scienza di Novara, quali occasione ideale per la sperimentazione di modalità organizzative e logistiche di tipo innovativo che consentano di raggiungere il livello più alto d'integrazione possibile tra i due sistemi coinvolti.

Correlazione con i programmi di finanziamenti precedenti

In merito alla coerenza complessiva del presente programma rispetto al quadro dei programmi di finanziamento precedenti, nel rimandare al quadro finanziario di cui al paragrafo 0.b), si osserva che il presente Documento Programmatico contempla le fonti finanziarie di copertura previste ex Art. 20 della L. 67/88.

Per quel che riguarda i finanziamenti regionali, è opportuno ricordare che nell'esercizio finanziario 2007 la Regione ha stanziato oltre 27 milioni di euro di risorse proprie articolate in oltre 18,7 milioni di euro per l'acquisizione di grandi

attrezzature e per l'adeguamento tecnologico e oltre 8,6 milioni di euro per interventi urgenti di adeguamento e messa a norma dei presidi sanitari.

Ancora nell'ambito degli stanziamenti di risorse proprie la Regione con D.G.R. 49-8994 del 16 giugno 2008 ha programmato la realizzazione di interventi per un totale complessivo di circa 215 milioni di euro, di cui oltre 36 milioni per manutenzioni straordinarie, oltre 42 milioni per l'acquisto di grandi attrezzature e per l'adeguamento tecnologico, oltre 12 milioni per completamenti di interventi già programmati, oltre 65 milioni per ristrutturazioni, oltre 26 milioni per nuove costruzioni, oltre 28 milioni per ampliamenti di strutture esistenti.

Con deliberazione n. 40-11758 del 13 luglio 2009 la Giunta regionale ha stanziato ulteriori 63 milioni di euro, di cui oltre 2 milioni di euro per nuove costruzioni, circa 21 milioni di euro per il completamento di interventi già programmati, oltre 15 milioni di euro per la manutenzione straordinaria ed oltre 12 milioni di euro per l'acquisto di grandi attrezzature e per l'adeguamento tecnologico.

Con Deliberazione n. 17-6419 del 30 settembre 2013 la Giunta regionale ha dato avvio alla linea di azione " Ammodernamento e messa in sicurezza dei Presidi ospedalieri", nell'ambito dell'Asse V del PAR FSC 2007-2013, per la realizzazione di interventi atti a garantire requisiti di sicurezza, affidabilità e accessibilità ed ha assegnato il 100% delle risorse stanziato nel bilancio pluriennale 2013-2015 per l'attuazione di tale linea.

Per quanto concerne il PSRI la Regione Piemonte, con D.G.R. 10-2698 del 23 dicembre 2015, ha deliberato di assegnare le risorse sul bilancio pluriennale assestato a seguito dell'approvazione da parte del Consiglio Regionale della deliberazione legislativa "Assestamento 2015 e disposizioni finanziarie 2015-2017". Con il suddetto provvedimento il Consiglio Regionale ha assegnato la quota di cofinanziamento regionale dell'importo complessivo del finanziamento statale, per € 12.500.000,00 pari al 5% di € 250.000.000,00, fondi ex art. 20 Legge n. 67/1988.

3.b. *Sostenibilità degli interventi*

3.b.1. *Analisi delle condizioni*

L'attuale AOU CSS di Torino si colloca tra le migliori Aziende in ambito italiano ed internazionale per la tutela della salute, tuttavia si rendono necessarie delle razionalizzazioni per perseguire una maggiore efficienza sia della spesa, sia interventi di carattere edilizio per sostituire gli attuali edifici ormai difficilmente riconvertibili per rispondere al bisogno di sinergie ed alle necessarie integrazioni funzionali che l'attuale pratica clinica richiede.

La Scuola di Medicina dell'Università di Torino ed in particolare la ricerca biomedica posizionata tra i primi posti in Italia, è caratterizzata da didattica di elevata qualità e livelli di eccellenza nella ricerca, ma attualmente soffre di dispersione di sedi sul territorio, inadeguatezza strutturale e funzionale delle stesse, causata dalla vetustà, ed inoltre si rende necessario meglio integrare funzionalmente le attività sanitarie, di didattica e ricerca.

3.b.2. Sostenibilità economica e finanziaria

Indici di fattibilità e sostenibilità

Le verifiche di sostenibilità economico-finanziaria sono state effettuate attraverso il calcolo degli opportuni indici.

Con riferimento a tali verifiche si precisa che il valore del VAN (di progetto e dell'azionista) è stato posto di poco superiore allo zero per costruzione metodologica per garantire che si concretizzi l'effettivo trasferimento del rischio operativo nel contratto di concessione. Infatti, solo impostando le operazioni in questo modo, con VAN di poco superiore allo zero e TIR pari al costo atteso del capitale, si può ragionevolmente sostenere che il rischio operativo (definito come 'rischio che in condizioni operative normali non sia garantito il recupero degli investimenti effettuati o dei costi sostenuti per la gestione dei lavori o dei servizi oggetto della concessione', Direttiva Concessioni 2014/23) sia trasferito in modo sostanziale e non meramente nominale al concessionario. Se il concessionario è in grado di gestire in modo più efficiente ed efficace il rischio operativo, la sua remunerazione sul capitale investito sarà superiore a quella di mercato presa a riferimento. Al contrario, in caso di inefficienza ed inefficacia dell'azione del concessionario la remunerazione e la restituzione del suo capitale, ed eventualmente la restituzione del debito e la copertura dei costi di gestione, potrebbero essere compromessi. Partendo quindi da un piano economico-finanziario impostato come nelle ipotesi qui formulate, il perseguimento dell'interesse economico dovrebbe indurre l'operatore privato ad attuare un comportamento più virtuoso, in fase di strutturazione ed esecuzione del contratto di concessione, dal momento che solo in tal modo potrà ottenere il suo ritorno economico. È stata poi valutata la bancabilità del progetto, con riferimento alla capacità del concessionario di far fronte al rimborso del debito. Il DSCR (Debt Service Cover Ratio) medio è pari a 1,75, con valori annuali inferiori a 1,4 (considerato come valore minimo per garantire la bancabilità del progetto) solo per i primi 4 anni di gestione.

LOTTO 1	
Leva finanziaria	67,97%
Debito senior	€ 141.020.000,00
Debito senior con OOFF	€ 161.025.121,10
Debito IVA	€ 43.834.400,00
Debito IVA con OOFF	€ 46.953.990,00
Equity	€ 98.000.000,00
Contributo pubblico netto	€ 131.500.000,00
WACC	5,88%
Tasso debito senior	4,35%
Tasso per finanziamento IVA	2,50%
Costo dell'equity	8,50%
Canone di disponibilità	€ 28.370.000,00
Canone energia e calore	€ 6.900.000,00
Durata concessione	25 anni

Per una valutazione complessiva di sostenibilità economica è stata inoltre verificata la capacità della Pubblica Amministrazione di sostenere l'operazione nel medio-lungo periodo, confrontando i costi attualmente sostenuti per la gestione di CSS con i costi che dovranno essere sostenuti con la nuova configurazione (nuovo Ospedale + CTO riconvertito).

	costo attuale CSS (senza CTO)	costo stimato nuovo ospedale + 120 p.l. CTO riconvertito
canone disponibilità		28.370.000,00
canone energia/calore		6.900.000,00
manutenzioni	19.200.000,00	
energia elettrica	8.583.848,00	
teleriscaldamento	5.281.246,00	
ristorazione	7.675.000,00	4.955.287,00
pulizia e facchinaggio	13.000.000,00	5.443.548,00
gestione rifiuti	2.050.000,00	1.323.562,00
lavanderia	2.055.000,00	1.326.790,00
fornitura acqua	1.866.444,00	1.205.051,00
TOTALE	59.711.538,00	49.524.238,00

3.b.3. Sostenibilità amministrativa e gestionale

In relazione alla sostenibilità amministrativa e gestionale si intendono integralmente richiamati i contenuti dello Studio di Fattibilità approvato con DGR n. 1-2611 del 21.12.2015 e i successivi aggiornamenti ed integrazioni.

3.b.4. Sostenibilità di risorse umane

La realizzazione del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino, a seguito dei processi di valorizzazione dei centri di eccellenza oggetto dell'intervento e delle correlate procedure di riordino della rete ospedaliera regionale, potrà comportare la necessità di redistribuzione della dotazione organiche delle Aziende Sanitarie coinvolte.

La dotazione organica attuale è:

Raggruppamento	Personale al 31/12/2015	Stima Personale al 31/12/2016
Dirigenza Medica	1.327	1.320
Dirigenza Sanitaria non Medica	136	131
Dirigenza PTA	51	49
Comparto Ruolo Sanitario	4.579	4.570
Comparto Ruolo Professionale	9	9
OTA/Oss	1.368	1.389
Comparto Altro Personale Ruolo Tecnico	628	612
Comparto Personale Amministrativo	1.144	1.117
Totale	9.242	9.197

3.b.5. Sostenibilità ambientale

L'insieme degli interventi del presente Programma si inserisce in un contesto che vede la sostenibilità ambientale quale elemento non trascurabile per la programmazione delle politiche per la salute.

Infatti l'alto contenuto tecnologico e l'elevata specializzazione della strutture in progetto, ed in generale l'imprescindibile l'ammodernamento tecnologico e strutturale a supporto del riordino dell'assistenza sanitaria e ospedaliera prevista, determinano un forte impatto sugli usi energetici e sulla compatibilità ambientale degli edifici ospedalieri. In relazione alle specificità delle attività svolte nonché agli standard normativi e qualitativi di riferimento per le funzioni insediate, le nuove strutture si caratterizzeranno infatti, una volta entrate nel funzionamento a regime, per un elevato fabbisogno sia di energia elettrica che di energia termica e frigorifera. Ciò rende dunque necessaria l'adozione di soluzioni efficienti di produzione ed utilizzo dell'energia primaria, che comportino di conseguenza, un minor impatto ambientale nonché un minor peso dei costi energetici.

Inoltre i nuovi poli assistenziali, ancorché integrati con funzioni di alta formazione, ricerca ed innovazione tecnologica, stante l'elevata capacità di attrazione e dunque l'alta intensità delle relazioni con i territori, devono necessariamente essere valutati sulla base dell'accessibilità, ovvero in relazione agli impatti prevedibili sulla mobilità e sulla dotazione infrastrutturale a supporto.

La progettazione degli interventi inoltre deve prendere in considerazione tutti gli aspetti e le condizioni gestionali necessari al mantenimento di condizioni di sostenibilità per l'intero ciclo di vita delle strutture.

Date queste premesse, la sostenibilità ambientale degli interventi, pur prendendo a riferimento, da un punto di vista strettamente tecnico, la normativa nazionale e regionale in materia di tutela ambientale ed uso razionale dell'energia, si inserisce nell'ambito degli scenari di riduzione dei consumi di energia primaria delineati dalla Relazione Programmatica sull'Energia (approvata con DGR n. 30 – 12221 del 28.09.2009) e dagli ultimi indirizzi regionali.

In particolare gli obiettivi di sostenibilità ambientale del programma di interventi possono essere riassunti nel modo seguente:

- preferenza all'uso di materiali ecocompatibili per la realizzazione degli interventi: a tal scopo saranno fornite alle Aziende sanitarie le opportune indicazioni affinché nelle procedure di aggiudicazione dei lavori siano inseriti, come criteri di valutazione dell'offerta stessa, elementi relativi all'uso di materiali ecocompatibili o che questi elementi siano direttamente inseriti nel capitolato speciale di appalto;
- adozione di best practice per la raccolta, il trattamento e lo smaltimento dei rifiuti ed il trattamento delle acque in ambito ospedaliero, sulla base della valutazione sia degli aspetti organizzativi sia delle tecnologie e metodologie implementabili e secondo criteri di sostenibilità ed innovazione;
- contestualizzazione dei singoli interventi rispetto alla localizzazione urbanistica e al piano della mobilità aziendale, con valutazione degli aspetti di accessibilità e di impatto rispetto all'ambiente circostante;
- applicazione di requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici e degli impianti installati, nonché valutazione delle modalità di gestione immobiliare, impiantistica, tecnologica e di approvvigionamento energetico; ciò permette

di conseguire il duplice obiettivo di contenimento dei consumi energetici e di razionalizzazione della spesa corrente dedicata all'energia, quale risultato della riduzione sia dei consumi, sia dei costi di gestione.

- applicazione di misure tecniche e di procedure organizzative per il contenimento dei consumi idrici: a tal scopo saranno fornite alle Aziende sanitarie le opportune indicazioni operative;
- controllo dell'appropriatezza delle tipologie e dei requisiti prestazionali degli impianti tecnologici installati in relazione alle aree funzionali dei presidi, con particolare riferimento agli impianti aeraulici a servizio delle sale operatorie
- implementazione di sistemi di monitoraggio dell'efficienza energetica degli interventi realizzati.

Stanti gli obiettivi ed i principi sopra delineati, i criteri e le modalità specifiche di realizzazione/gestione delle opere in relazione alle esigenze di sostenibilità ambientale per il Parco della Salute, della Ricerca e dell'innovazione di Torino saranno definiti nei successivi stadi di progettazione. Le medesime finalità di sostenibilità ambientale caratterizzeranno gli interventi di adeguamento del patrimonio edilizio esistente. Tuttavia già ad oggi è possibile mettere in luce alcuni aspetti relativi alla localizzazione del complesso di Torino: infatti l'inserimento in un contesto urbano caratterizzato da consolidate funzioni ospedaliere e relazioni con il territorio, permette di usufruire della elevata dotazione strutturale ed infrastrutturale esistente (Linea 1 della metropolitana che si attesta sull'attigua Via Nizza) senza comportare variazioni sostanziali di impatto su mobilità ed accessibilità. La riorganizzazione della rete ospedaliera permetterà anzi una razionalizzazione dei flussi della mobilità regionale interna, in particolare nell'area metropolitana torinese, soprattutto in relazione ai flussi relativi all'assistenza materno/infantile.

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

La necessità di realizzare nuove strutture che ospitino i centri di alta complessità ospedaliero-universitaria di Torino può essere trasformata in una grande opportunità attraverso la definizione non solo di nuovi polo sanitari ma anche di parchi tecnologici e di un sistema incubatore di imprese, al fine di creare nuove sinergie tra assistenza, ricerca universitaria, industria. La ricerca biomedica e biotecnologica possono essere così volano di sviluppo e partecipare alla crescita economica e di competitività della Regione.

Tali ipotesi si inseriscono nel contesto delle prospettive strategiche aperte dall'Accordo Stato-Regione (Accordo di Programma Quadro del 30 maggio 2006 tra Regione Piemonte, Ministero dell'Economia e delle Finanze, e Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca) nel settore sanitario che fanno riferimento esplicito a poli territoriali già dotati di una pluralità di risorse da potenziare: da una parte importanti centri ospedalieri, ma dall'altra anche attività produttive, di ricerca, di formazione, di tecnologia innovative nel settore, adeguate a creare valore e non solo a distribuire servizi.

4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

4.a. Sistema di indicatori

Oltre agli indicatori del contesto socio-sanitario comunemente utilizzati per l'analisi degli stati di salute della popolazione (cfr. par. 4a.1 Indicatori contesto), è stato costruito uno specifico sistema di indicatori finalizzato a rappresentare gli interventi sotto un duplice profilo:

- governo e verifica del processo di materiale costruzione delle strutture, cioè della fase realizzativa degli interventi stessi
- governo e verifica della messa in atto delle misure organizzative e di servizio, nonché della concreta offerta di prestazioni sanitarie secondo le finalità prefissate, dalla fase di individuazione dei bisogni di salute da soddisfare con gli interventi programmati, agli obiettivi raggiunti in termini di efficacia ed efficienza.

La fase realizzativa degli interventi viene monitorata attraverso indicatori di processo (cfr. par. 4a.2 Indicatori di programma) che misurano costantemente l'avanzamento del Programma.

La rappresentazione del raggiungimento degli obiettivi invece viene illustrata in termini di indicatori di efficacia ed efficienza. 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.

I diversi indicatori potranno essere comparati e letti in modo integrato al fine di cogliere le implicazioni trasversali ai diversi obiettivi e le eventuali criticità di sistema.

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.

Questo insieme di indicatori è curato a livello regionale dal Servizio Regionale di Epidemiologia della ASL TO3 – Grugliasco (nodo della Rete regionale dei Servizi di Epidemiologia), che elabora periodicamente una relazione sanitaria strategica in forma di atlante geografico della salute e della sanità, per facilitare l'attività di pianificazione sanitaria, gestisce i sistemi informativi di documentazione epidemiologica, effettua la sorveglianza epidemiologica dei rischi e danni da lavoro.

Tra le maggiori pubblicazioni, l'Atlante Sanitario 2006 contiene un complesso sistema di indicatori, riferiti a: contesto socio-demografico, bisogni di salute e di assistenza, attività di assistenza ospedaliera (ospedalizzazione, mobilità, complessità, efficienza ed efficacia), attività di assistenza specialistica e di pronto soccorso, spesa di ospedalizzazione.

Inoltre successive pubblicazioni monografiche sui ricoveri ospedalieri riportano indicatori di assistenza ospedaliera (tassi di ospedalizzazione medica e chirurgica in

regime ordinario e diurno, durata delle degenze, ecc.) calcolati per aggregazioni di cause di ricovero, per entrambi i sessi, sia per titolo di studio che per dimensione territoriale (ASL e Distretti sanitari di residenza).

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

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.

Ai fini di una attenta valutazione dell'effettivo stato di avanzamento del programma e dei risultati raggiunti, il livello di disaggregazione degli indicatori può essere valutato in relazione alla complessità del programma: infatti un singolo investimento, qualora particolarmente complesso o comunque scomposto in fasi successive di realizzazione singolarmente autonome, può essere considerato come una pluralità di interventi.

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 (cfr. successivi paragrafi).

IP1 - Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento

Viene calcolato per ognuno degli interventi previsti dal 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 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 dato 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 delle opere per ogni singolo intervento oggetto del programma

Quantità lavori eseguiti / Quantità totale lavori in progetto

La quantità dei lavori eseguiti, considerata come la somma dei gradi di avanzamento di ogni fase realizzativa dell'opera pesati sul totale dell'opera (il grado di scomposizione dell'opera in fasi realizzative e l'unità di riferimento per il computo dei lavori eseguiti sono da valutarsi caso per caso) 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 degli interventi, il tempo potrà essere computato in giorni, settimane o mesi.

IP6 – Tempi effettivi di realizzazione del programma:

tempo effettivo totale di realizzazione / tempo totale previsto di realizzazione

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

Indicatori di risultato

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

IP.7 – Attivazione posti letto

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

Tale indicatore potrà essere calcolato sia sul totale dei posti letto, sia in riferimento a specifiche aree di attività o specialità (ad esempio sarà utilizzato per monitorare la redistribuzione dei p.l. per attività di area materno infantile nell'area metropolitana torinese).

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.

Indicatori di impatto

Permettono di valutare gli effetti a livello di sistema o sub sistema sanitario di riferimento conseguenti all'attivazione delle strutture e all'avvio delle attività

sanitarie previste. Possono essere calcolati per singolo intervento o per l'intero programma di investimenti.

*IP.9 – Produzione totale e produzione specifica
(n° ricoveri e prestazioni ambulatoriali totali e per specialità)*

*IP.10 – Peso medio DRG prodotti totale e specifico
(n° totale di ricoveri per specialità)*

IP.11 – N° e peso medio DRG prodotti in mobilità attiva

IP.12 – N° e peso medio DRG consumati in mobilità passiva

IP.13 – Tasso di occupazione posti letto

IP.14 – N° parti suddivisi per indice di rischio

Gli indicatori di programma sono originati dai dati costantemente rilevati attraverso i sistemi di monitoraggio degli investimenti in sanità, sia a livello nazionale che regionale.

In particolare l'Osservatorio degli investimenti pubblici in Sanità, all'interno del sistema NSIS, rende accessibili ai diversi attori del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome e Aziende Sanitarie, informazioni utili per la gestione delle diverse fasi del ciclo di vita degli investimenti pubblici in sanità al fine di garantire un'efficace politica d'impiego dei fondi pubblici disponibili, attraverso la programmazione e valutazione dei progetti di investimento ed il monitoraggio puntuale dello stato di avanzamento.

L'applicazione permette di seguire, tramite l'interfaccia utente web, l'intero processo che caratterizza gli Investimenti Pubblici in Sanità, per quanto riguarda:

- programmazione degli interventi
- ammissione a Finanziamento
- liquidazione Fondi
- verifica Attuazione
- analisi
- monitoraggio.

Inoltre la Regione Piemonte ha implementato un sistema di gestione e monitoraggio degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie finanziati sia con fondi statali sia con fondi regionali, denominato EDISAN, il quale opera in integrazione con alcune banche dati regionali (D.E.S. – Data Base Edilizia Sanitaria e F.I.Te.B – Flusso Informativo Tecnologie Biomediche) secondo le modalità descritte al capitolo 5.b.

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, lo 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 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 degli 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° p.l. 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 (ad esempio sarà utilizzato per monitorare la redistribuzione dei p.l per attività di area materno infantile nell'area metropolitana torinese).

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.

Come già evidenziato, si specifica che l'eventuale scostamento nell'attuazione del programma rispetto ai valori previsti da progetto evidenziato degli indicatori di efficacia, dovrà essere valutato in relazione alla difficoltà di valutazione degli effetti

del programma in considerazione dell'influenzabilità dei fenomeni sanitari, sociale ed economici da parte di una molteplicità di fattori solo in parte modificabili dalle politiche di investimento.

Indicatori di efficienza

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

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

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

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

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

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

4.a.4. Definizione del sistema di indicatori

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

Tipo/ sottotipo	Codice	Indicatore
INDICATORI DI CONTESTO	---	<i>cf. Atlante Sanitario del Piemonte 2006</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
INDICATORI DI PROGRAMMA	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 PROGRAMMA	IP7	Attivazione posti letto
Indicatori di risultato	IP8	Attivazione sale operatorie
INDICATORI DI PROGRAMMA	IP9	Produzione totale e produzione specifica
Indicatori di impatto	IP10	Peso medio DRG prodotti totale e specifico
	IP11	N° e peso medio DRG prodotti in mobilità attiva
	IP12	N° e peso medio DRG consumati in mobilità passiva
	IP13	Tasso di occupazione posti letto
	IP14	N° parti suddivisi per indice di rischio
INDICATORI DI EFFICACIA/EFFICIENZA	IE1	Indice di avanzamento dell'intervento
Indicatori di efficacia	IE2	Indice di avanzamento del programma
	IE3	Rispetto dei tempi di realizzazione dell'intervento
	IE4	Rispetto dei tempi di realizzazione del programma
	IE5	Indice di attivazione posti letto
	IE6	Indice di attivazione sale operatorie
	IE7	Indice di ammodernamento apparecchiature
INDICATORI DI EFFICACIA/EFFICIENZA	IE8	Costo unitario di costruzione [€/mq]
Indicatori di efficienza	IE9	Costo di realizzazione posto letto [€/p.l.]

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

OBIETTIVI GENERALI		OBIETTIVI SPECIFICI		OBIETTIVI OPERATIVI		INDICATORI
G1	Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione, anche attraverso lo sviluppo dell'assistenza extraospedaliera e delle cure primarie;	S1	Valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza ospedaliero-universitari di riferimento regionale;	O1	Realizzazione di nuove strutture destinate ad accogliere i poli di eccellenza ospedaliero-universitari di Torino e Novara	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9, IP10, IP11 IE1, IE3, IE5, IE6, IE8, IE9
		S2	Riorganizzazione dell'assistenza specialistica per livelli di complessità attraverso un riequilibrio tra capillarità e concentrazione territoriale;	O2	Trasferimento di parte dell'attività a bassa complessità dalle A. O. di Torino verso i presidi del territorio metropolitano, relativamente all'area materno-infantile,	IP7, IP8, IP10, IP11, IP12, IP14 IE5, IE6
				O3	Innalzamento della complessità della casistica trattata dall'Azienda Ospedaliera di Novara	IP10, IP11, IP12, IP14
		S3	Riordino delle relazioni tra ospedali del territorio funzionalmente connessi ai poli	O1	Realizzazione di nuove strutture destinate ad accogliere i poli di eccellenza ospedaliero-universitari di Torino e Novara	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9, IP10, IP11 IE1, IE3, IE5, IE6, IE8, IE9
O4	Interventi di adeguamento e umanizzazione dei presidi ospedalieri e sanitari esistenti nelle aree sovrazonali di appartenenza o di influenza dei poli			IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9 IE1, IE3, IE5, IE6, 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;	S3	Riordino delle relazioni tra ospedali del territorio funzionalmente connessi ai poli	O1	Realizzazione di nuove strutture destinate ad accogliere i poli di eccellenza ospedaliero-universitari di Torino e Novara	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9, IP10, IP11, IP13 IE1, IE3, IE5, IE6
				O4	Interventi di adeguamento e umanizzazione dei presidi ospedalieri e sanitari esistenti nelle aree sovrazonali di appartenenza o di influenza dei poli	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9, IP13 IE1, IE3, IE5, IE6
		S4	Razionalizzazione organizzativa e funzionale delle strutture, delle attività e degli spazi, intra-aziendale e inter-aziendale;	O5	Accorpamento e riorganizzazione delle attività di area medica, chirurgica, materno-infantile, delle cure intensive, della diagnostica e dei servizi di supporto, anche in ottica dipartimentale;	IP10, IP13, IP14 IE8, IE9
		S5	Ammodernamento della diagnostica e terapia strumentale;	O6	Ammodernamento dotazioni tecnologiche, in particolare della diagnostica per immagini	IP3, IP9 IE1, IE7
		S6	Recupero della mobilità passiva, in particolare dalla Lombardia;	O3	Innalzamento della complessità della casistica trattata dall'Azienda Ospedaliera di Novara	IP10, IP11, IP12
G3	Promozione di qualità ed innovazione, instaurando una sinergia tra sanità, ricerca e didattica, creando un distretto medicale rivolto alla cura e all'innovazione, in grado di posizionare il territorio regionale nel contesto internazionale come Polo clinico, di ricerca e alta formazione.	S1	Valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza ospedaliero-universitari di riferimento regionale;	O1	Realizzazione di nuove strutture destinate ad accogliere i poli di eccellenza ospedaliero-universitari di Torino e Novara	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9, IP10, IP11 IE1, IE3, IE5, IE6, IE8, IE9
		S7	Polarizzazione delle attività di studio e formazione universitaria, ricerca e sperimentazione in campo biomedico.	O7	Sviluppo di capacità di interazione, attraverso un incubatore d'impresa, con il mondo delle applicazioni produttive, in collaborazione con aziende pubbliche e private.	<i>non sono previsti indicatori specifici per il monitoraggio dell'obiettivo operativo O7 in quanto non è di natura sanitaria sebbene costituisca un notevole valore aggiunto del programma di investimenti</i>
Indicatori riferiti al programma di investimento nel suo complesso: Indicatori di Contesto, IP2, IP4, IP6, IE2, IE4						

4.a.5. Fonti di verifica

Si individuano le seguenti fonti di verifica:

- Verifica diretta o tramite le AA.SS.RR. o la Società di Committenza Regionale SCR Piemonte;
- Flussi Informativi Ministeriali (FIM), Moduli HSP e STS;
- Flussi SDO;

- Flussi tracciati ambulatoriali C, C2, ecc.
- Osservatorio degli investimenti pubblici in Sanità (NSIS);
- Sistema regionale di gestione e monitoraggio degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie (Edisan);
- Database Edilizia Sanitaria (D.E.S.);
- Flusso Informativo per le Tecnologie Biomediche (F.I.Te.B.);
- Pratiche ed avanzamenti presso Settore Politiche degli Investimenti della Regione Piemonte
- Banche dati del Servizio Regionale di Epidemiologia.

4.b. *Impatti del Programma*

4.b.1. *Accettabilità sociale del Programma*

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

Il programma in oggetto presenta minime criticità legate all'accettabilità sociale in quanto non prevede il declassamento di servizi sanitari o una minore accessibilità ai servizi stessi per gli utenti delle aree interessate. Gli interventi proposti, infatti, attuano una migliore, più razionale ed efficace azione migliorativa dei servizi e delle prestazioni offerte, agendo sul potenziamento e l'ammodernamento dei poli ospedalieri esistenti.

Gli interventi sull'area metropolitana torinese non presentano problematiche di rilocalizzazione, grazie alla scelta di edificare la nuova Città della Salute nelle aree contigue agli attuali poli ospedalieri S. Giovanni Battista e OIRM/S.Anna nonché all'Azienda Ospedaliera CTO, in quella che già oggi è identificata come "cittadella della Salute": questa scelta strategica ha permesso di raggiungere una buona accettabilità sociale dell'intervento, condivisa sia della cittadinanza, sia degli operatori sanitari, sia dal mondo universitario.

Inoltre la scelta di potenziare la delocalizzazione sul territorio metropolitano delle attività materno-infantili connesse al "percorso-nascita" va nella direzione di favorire l'accessibilità da parte della popolazione della città ricercando una ragionevole prossimità tra domanda ed offerta di servizi sanitari e quindi migliorando l'attuale assetto della rete.

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.

Inoltre, entrando nel merito degli interventi proposti, è evidente che intraprendere la realizzazione delle due Città della Salute di Torino (cioè uno dei due poli

ospedaliero-universitari di riferimento regionale) rappresenta un intervento di eccezionale portata, in grado di offrire un significativo valore aggiunto all'intera rete dell'assistenza ospedaliera piemontese.

Sussiste inoltre un importante valore aggiunto legato alle opportunità di integrazione ospedale, ricerca, didattica, impresa, integrazione, mai raggiunta a livello sistematico e strutturale nelle attuali esperienze piemontesi.

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.

Le tecnologie vanno qui intese in un'accezione ampia e flessibile, ovvero in un insieme di dispositivi medici, attrezzature sanitarie, farmaci, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali e assetti strutturali e organizzativi.

Il Piano socio-sanitario 2007-2010 della Regione Piemonte, così come il Piano Nazionale, ha attribuito per la prima volta in Regione all'HTA un'importanza strategica al punto da affermare che: "(...) le funzioni di un moderno technology assessment (sono) la premessa indispensabile all'adozione o al mantenimento di interventi di diversa complessità, una funzione importante a supporto della decisione politica circa l'utilizzo delle tecnologie applicate alla salute, il trasferimento dalla ricerca alle applicazioni della stessa"

La Regione Piemonte ha istituito un apposito sistema per la valutazione delle tecnologie sanitarie emanando la D.G.R. n. 84-13579 del 16 marzo 2010 avente come oggetto il "sistema regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) e procedure di programmazione per l'acquisto delle tecnologie sanitarie". Il sistema, attualmente in corso di attuazione, è imperniato sul processo programmazione delle acquisizioni di apparecchiature, governato a livello regionale, la cui valutazione ex-ante è demandata ai costituendi Gruppi di valutazione sovrazonale che devono operare secondo metodologie di HTA.

Si intende affrontare su dimensione regionale la programmazione di dette tecnologie, al fine di ricercare l'ottimale ed appropriata allocazione in relazione ai diversi livelli della rete dei Presidi Ospedalieri e dell'assistenza specialistica nonché ovviamente rispetto ai fabbisogni della popolazione, valorizzando, accanto al mantenimento in efficienza dell'attuale offerta tecnologica, anche gli aspetti legati alla riorganizzazione o al potenziamento delle dotazioni esistenti e all'innovazione tecnologica.

Si ritiene inoltre fondamentale rafforzare, sia a livello locale sia a livello centrale, le azioni finalizzate alla gestione in efficienza, appropriatezza, sicurezza ed economicità di tali elementi produttivi del sistema sanitario, proprie delle funzioni di ingegneria clinica.

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 gestione del programma vengono svolte istituzionalmente dalla Direzione Sanità dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte.

In riferimento ai presupposti finanziari si rimanda a quanto esposto nel capitolo 3.b relativo alla sostenibilità degli interventi.

5.a.2. Presupposti economici e sociali

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

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

5.a.3. Qualità e intensità delle relazioni con il partenariato

La tipologia degli interventi risulta compatibile con il ricorso a capitali privati; il ricorso al Partenariato Pubblico Privato può essere, infatti, previsto in tutti i casi in cui una pubblica amministrazione intenda affidare a un operatore privato l'attuazione di un progetto per la realizzazione di opere pubbliche o di pubblica utilità e per la gestione dei relativi servizi nell'ambito di una cooperazione di lungo termine.

Il PPP si configura in molti casi come un'alternativa ottimale all'appalto tradizionale, contribuendo a migliorare la qualità di realizzazione delle strutture pubbliche e della gestione dei servizi e perseguendo obiettivi e generando vantaggi che possono essere sintetizzati come segue:

- riduzione del gap infrastrutturale e sviluppo di infrastrutture anche di livello locale, che altrimenti non potrebbero essere realizzate a causa delle difficoltà finanziarie degli enti locali;
- bassa incidenza sui bilanci pubblici attraverso una spesa per investimenti minore (l'Ente pubblico elimina o riduce sensibilmente le risorse da

impiegare nella costruzione di opere infrastrutturali, spesso di dimensioni rilevanti);

- maggiore efficienza nella gestione delle infrastrutture e dei servizi connessi, dovuta alla specializzazione e al know how degli operatori privati, che permette di ottimizzare sia le prestazioni sia i costi operativi. L'Ente pubblico affida al privato, oltre che la costruzione, anche la progettazione e la gestione dell'opera, innalzando il livello tecnico e l'efficienza amministrativa del processo (solo una progettazione attenta, una realizzazione accurata e una gestione scrupolosa del bene consentono di generare i flussi di cassa necessari al concessionario per recuperare le somme investite);
- garanzia della piena e continua disponibilità dell'investimento: se accompagnata da un sistema adeguato di definizione del prezzo, monitoraggio delle performance e applicazione delle penali, questa modalità può incentivare la realizzazione di investimenti adeguati per garantire il raggiungimento di importanti efficienze gestionali.
- qualità della costruzione: l'esigenza da parte dell'operatore privato di gestire in modo efficace ed efficiente l'opera per un periodo pluriennale innesca un meccanismo virtuoso che eleva la qualità della progettazione e della realizzazione, senza che ciò comporti aggravii di costo per la P.A.;
- trasparenza della procedura di appalto;
- approccio al progetto tenendo conto dell'intero ciclo di vita dell'opera pubblica;
- adeguata ripartizione dei rischi, che consente alle stazioni appaltanti di trasferirli in tutto o in parte ai privati: la massimizzazione del value for money per la P.A. può essere ottenuta proprio grazie a un'efficiente allocazione dei rischi, finalizzata a trasferirli per quanto possibile al soggetto privato, lasciando la stazione appaltante indenne dal pericolo di accadimento di fenomeni che potrebbero in qualsiasi modo minare la buona riuscita del progetto.

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" (definite dalla D.G.R. n. 6-8817 del 26 maggio 2008 ed integrate con D.G.R. n. 29-13683 del 29 marzo 2010) e contestualmente a fornire gli elementi di supporto alle scelte per la programmazione degli interventi, nonché consentirne una efficace gestione e monitoraggio.

Il suddetto applicativo informatico ha le seguenti finalità:

- acquisire, in un archivio centralizzato, una serie di informazioni relative agli interventi edilizi e alle attrezzature sanitarie proposti dalle AA.SS.RR rispetto ai piani di investimento a cui fanno riferimento;
- fornire una serie di elaborazioni statistiche per la Regione e le AA.SS.RR.;

- costituire una base dati univoca e utilizzabile per elaborazioni statistiche georeferenziate;
- costituire la base dati che consentirà la migrazione degli stessi nel nuovo sistema informativo sanitario nazionale .

Nel corso degli anni 2009-2010, l'applicativo "Edisan" è stato implementato con un ulteriore strumento informatico, grazie al quale il sistema complessivo si è arricchito di una base dati cartografica di riferimento relativa all'edilizia (D.E.S. – Database Edilizia Sanitaria) e tecnologie sanitarie (F.I.Te.B. – Flusso Informativo per le Tecnologie Biomediche) dei presidi ospedalieri piemontesi; correlata alla base dati il sistema consente, tra l'altro, la gestione e valutazione tecnica delle proposte di finanziamento avanzate da parte delle Aziende sanitarie regionali, che avviene mediante l'elaborazione delle "Schede di Prefattibilità" relative alle richieste di finanziamento e predisposte dalle AA.SS.RR..

Inoltre la Regione, a partire dalla programmazione 2009 (D.G.R. n. 40-11758 del 13 luglio 2009) ha previsto che, al fine di dare attuazione a quanto previsto dalla suddetta D.G.R. n. 6-8817 del 26 maggio 2008, gli interventi ammessi a finanziamento fossero esaminati sotto l'aspetto della congruità tecnico-economica avvalendosi della collaborazione dell'A.Re.S.S., in quanto quest'ultima è stata incaricata dello sviluppo del sistema informativo di cui sopra, oltre ad aver predisposto i precedenti progetti denominati "Potenzialità edilizia degli edifici ospedalieri" e "Health technology management", che hanno costituito il primo nucleo di informazioni a supporto della programmazione degli investimenti in edilizia ed tecnologie sanitarie.

Sulla base della suddetta impostazione il Settore regionale competente oltre ad aver ricavato gli elementi necessari per la valutazione degli investimenti programmati, ha verificato la funzionalità delle nuove procedure avvalendosi per gli aspetti tecnici della collaborazione delle necessarie risorse umane e professionali.

Con l'anno 2010 la nuova procedura integrata è stata assunta come elemento portante dello sviluppo delle scelte programmatiche in materia di investimenti in sanità.

Dal punto di vista informatico, il nuovo modulo applicativo si configura come una estensione tecnica dello strumento Edisan, che rimane il canale ufficiale per la gestione amministrativa delle richieste di finanziamento; tale strumento viene implementato dal punto di vista delle informazioni tecniche a corredo dell'intervento, fondamentali per una programmazione coerente ed oggettiva.

Le analisi di congruenza tecnico-economica degli interventi in edilizia e grandi attrezzature sanitarie sopra richiamate sono condotte secondo un impianto metodologico che si basa sulla conoscenza del patrimonio edilizio e tecnologico delle Aziende Sanitarie del Piemonte e dal Settore regionale competente, mediante il database cartografico dei presidi ospedalieri (Database Edilizia Sanitaria - D.E.S.) e l'inventario tecnologico delle grandi attrezzature (Flusso Informativo per le Tecnologie Biomediche - F.I.Te.B.) della Regione Piemonte.

Lo schema seguente riassume l'architettura complessiva del sistema, identificando:

- attuale procedura di gestione delle richieste di finanziamento e monitoraggio dell'attuazione dell'investimento, che mantiene la funzione di gestione amministrativa (Edisan);

- modulo per la gestione tecnica delle richieste di finanziamento (c.d. “schede di prefattibilità”) corredato dalle schede per la descrizione analitica dei diversi interventi che compongono la richiesta di finanziamento (fogli elettronici strutturati, collegati direttamente al sistema);
- database di gestione cartografica e database di gestione dell’inventario tecnologico per la gestione di dati di conoscenza strutturale del sistema.

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 vigenti “procedure per la programmazione, la gestione e il monitoraggio degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie” (definite dalla D.G.R. n. 6-8817 del 26 maggio 2008, integrate con D.G.R. n. 29-13683 del 29 marzo 2010 e successivamente aggiornate con D.G.R. n. 18-7208 del 10 marzo 2014) e contestualmente a fornire gli elementi di supporto alle scelte per la programmazione degli interventi, nonché consentirne una efficace gestione e monitoraggio.

Il suddetto applicativo informatico ha le seguenti finalità:

- acquisire, in un archivio centralizzato, una serie di informazioni relative agli interventi edilizi e alle attrezzature sanitarie proposti dalle Aziende Sanitarie regionali rispetto ai piani di investimento a cui fanno riferimento;
- fornire una serie di elaborazioni statistiche per la Regione e le Aziende Sanitarie regionali;
- costituire una base dati univoca e utilizzabile per elaborazioni statistiche georeferenziate;
- costituire la base dati che consentirà la migrazione degli stessi nel nuovo sistema informativo sanitario nazionale “Osservatorio degli Investimenti in Sanità (Nsis)” così come previsto nello schema di Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28 febbraio 2008, recepito dalla Giunta regionale con deliberazione n. 6-9557 del 09 settembre 2008.

Nel corso degli anni 2009-2010, l’applicativo “EDISAN” è stato implementato con un ulteriore strumento informatico, grazie al quale il sistema complessivo si è arricchito di una base dati planimetrica di riferimento relativa all’edilizia (D.E.S. – Database Edilizia Sanitaria) ed alle tecnologie sanitarie (F.I.Te.B. – Flusso Informativo per le Tecnologie Biomediche) dei presidi ospedalieri piemontesi. Il sistema consente, tra l’altro, la gestione e valutazione tecnica delle proposte di finanziamento avanzate da parte delle Aziende sanitarie regionali, che avviene mediante l’elaborazione delle “Schede di Prefattibilità” relative alle richieste di finanziamento.

A partire dalla programmazione dell’anno 2009 (D.G.R. n. 40-11758 del 13 luglio 2009) la Regione aveva previsto che, al fine di dare attuazione a quanto previsto dalla suddetta D.G.R. n. 6-8817 del 26 maggio 2008, gli interventi ammessi a finanziamento fossero esaminati sotto l’aspetto della congruità tecnico-economica, avvalendosi della collaborazione dell’ente strumentale che allora era stato incaricato dello sviluppo del sistema informativo di cui sopra, il quale già aveva predisposto i

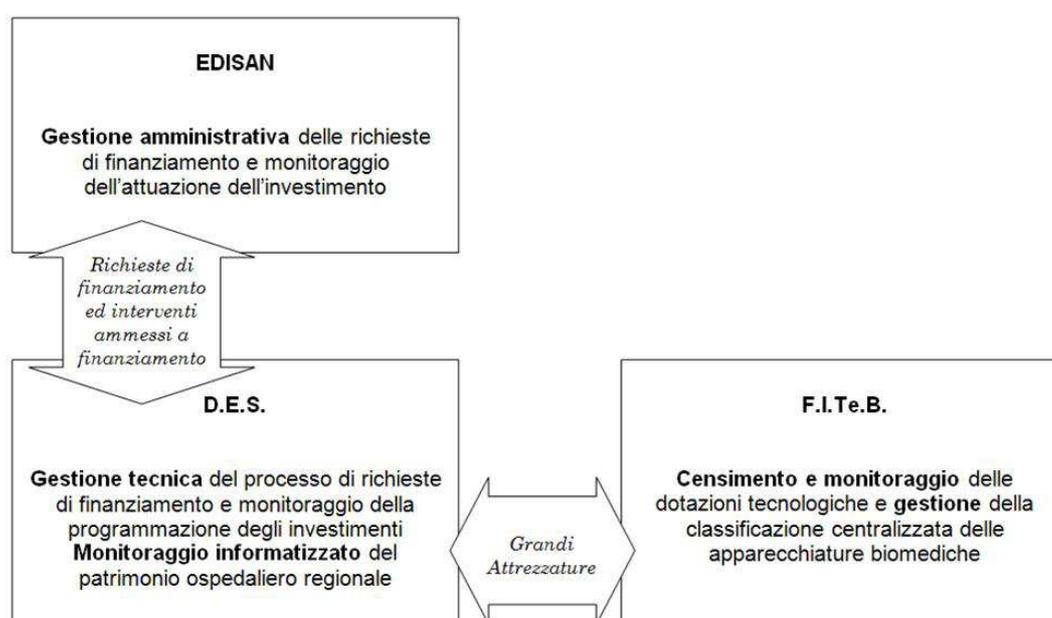
progetti denominati “Potenzialità edilizia degli edifici ospedalieri” e “Health technology management”, che avevano costituito il primo nucleo di informazioni a supporto della programmazione degli investimenti in edilizia ed tecnologie sanitarie. Con l’anno 2010 la nuova procedura integrata è stata assunta come elemento portante dello sviluppo delle scelte programmatiche in materia di investimenti in sanità.

Le analisi di congruenza tecnico-economica degli interventi in edilizia e grandi attrezzature sanitarie sopra richiamate sono condotte secondo un impianto metodologico che si basa sulla conoscenza del patrimonio edilizio e tecnologico delle Aziende Sanitarie del Piemonte e dal Settore regionale competente, mediante il database planimetrico dei presidi ospedalieri (Database Edilizia Sanitaria - D.E.S.) e l’inventario tecnologico delle tecnologie biomediche (Flusso Informativo per le Tecnologie Biomediche - F.I.Te.B.) della Regione Piemonte.

Dal punto di vista informatico, il nuovo modulo applicativo si configura come una estensione tecnica dello strumento EDISAN, che rimane il canale ufficiale per la gestione amministrativa delle richieste di finanziamento; tale strumento viene implementato dal punto di vista delle informazioni tecniche a corredo dell’intervento, fondamentali per una programmazione coerente ed oggettiva.

Lo schema seguente riassume l’architettura complessiva del sistema, identificando:

- la procedura di gestione delle richieste di finanziamento e monitoraggio dell’attuazione dell’investimento, che mantiene la funzione di gestione amministrativa (EDISAN);
- il modulo per la gestione tecnica delle richieste di finanziamento (sezione “schede di prefattibilità”, presente in D.E.S.), corredato dalle schede per la descrizione analitica dei diversi interventi che compongono la richiesta di finanziamento;
- il database di gestione planimetrica (D.E.S.) e il database di gestione dell’inventario tecnologico (F.I.Te.B.) per la gestione di dati di conoscenza strutturale del sistema.



Secondo le nuove procedure sancite dalla D.G.R. n. 18-7208 del 10 marzo 2014, le fasi principali dell'iter di investimento sono dunque gestite e monitorate come successivamente descritto.

5.c.1. Programmazione degli interventi

Le Aziende, entro il 28 febbraio di ogni anno, 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 (ALLEGATO A alla D.G.R. n. 18-7208 del 10 marzo 2014). Entro il 31 marzo le Aziende inviano al Settore regionale competente le delibere dei Direttori Generali relativamente all'approvazione degli interventi inseriti in EDISAN.

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 DGR 13-9470 del 25/08/2008 e s.m.i. (c.d. "Grandi attrezzature").

Con la chiusura della procedura EDISAN (28 febbraio), non si possono accettare richieste di modifiche od ulteriori inserimenti.

L'Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte (IRES) – Area Sanità è stato incaricato di effettuare analisi di congruità tecnico-economica degli interventi proposti, sulla base delle informazioni inserite nella procedura da parte delle Aziende Sanitarie, e di gestire i flussi informativi connessi, illustrati nel presente documento.

A seguito della validazione del programma degli investimenti da parte della Direzione Generale delle Aziende Sanitarie Regionali, sulla base dell'istruttoria predisposta dal Settore competente della Direzione Sanità, con il supporto delle elaborazioni prodotte da IRES Piemonte, la Giunta regionale approva l'elenco delle opere e delle attrezzature finanziabili suddiviso per ogni singola Azienda.

5.c.2. Attuazione e gestione degli interventi finanziati

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

Per interventi relativi a opere edili o di acquisizione di attrezzature da realizzare con quote di finanziamento statale le Aziende Sanitarie, entro 18 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.

Qualora l'Azienda non provveda a trasmettere il "Modulo A" almeno 30 gg. prima della scadenza sopra richiamata, non consentendo così al Settore regionale il rispetto del termine, il Ministero competente procederà alla revoca dell'impegno relativo all'intervento ai sensi della legge 23/12/2005, n° 266 (finanziaria 2006) Art. 1, comma 310.

L'aggiudicazione dell'appalto deve avvenire entro 9 mesi dalla data della notifica 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 darne comunicazione al Ministero dell'avvenuto rispetto dei termini procedurali previsti.

Qualora si rendesse necessaria una proroga del termine di aggiudicazione, strettamente correlata alla procedura di affidamento dell'intervento, l'Azienda inoltrerà apposita richiesta di proroga, al Settore regionale competente, entro e non oltre 40 gg. prima della scadenza dei 9 mesi.

Tale richiesta deve contenere una relazione con le motivazioni che hanno portato al ritardo della procedura di aggiudicazione e le azioni che la medesima intende assumere al fine di appaltare con la massima tempestività l'intervento. A seguito della richiesta di proroga, il Settore regionale competente provvederà ad inviare al Ministero nota della richiesta dell'Azienda.

Il Ministero invierà, successivamente, al Settore regionale competente, la nota informativa sulla concessione/non concessione della proroga, lo stesso Settore, comunicherà all'Azienda l'esito della richiesta.

Nel caso in cui la proroga non venga concessa, il Ministero revocherà il finanziamento relativo all'intervento da realizzare.

Per l'erogazione dei finanziamenti statali, le Aziende dovranno trasmettere al Settore regionale competente il "Modulo B-S", almeno 15 giorni prima che il Settore invii, trimestralmente (marzo – giugno – settembre – dicembre), le richieste di liquidazione al Ministero al fine di ottenere dallo stesso il Decreto di pagamento relativo alla spesa sostenuta in forma anticipata dall'Azienda Sanitaria Regionale.

Successivamente, il Settore regionale comunicherà all'Azienda Sanitaria l'emissione dell'Atto di liquidazione per l'avvio dell'iter del mandato di pagamento da parte della Regione.

Con la prima richiesta di erogazione, a seguito dell'aggiudicazione della gara d'appalto, le Aziende devono rideterminare e riportare sul "Modulo B-S" il quadro economico a seguito dell'aggiudicazione aggiornato in funzione del ribasso di gara, che dovrà essere evidenziato, come voce a se stante, tra le somme a disposizione.

L'erogazione dei finanziamenti statali avviene secondo le modalità del "Manuale sulle procedure operative per il finanziamento degli interventi" (Allegato 1 della D.D. n. 375 del 17 aprile 2014) a tal fine, le Aziende devono trasmettere al Settore regionale competente i "Modulo B-S".

Per le "Perizie di variante", le Aziende devono trasmettere, al Settore regionale competente, il "Modulo A-P" corredato dall'Atto formale Aziendale di approvazione

della variante al progetto originario ed una relazione tecnica contenente le motivazioni della variante stessa.

Per le richieste di liquidazione, a seguito della/e Perizia/e di variante/i, le Aziende devono inviare al Settore regionale competente il “Modulo B-S” debitamente compilato.

Per le “Opere complementari”, le Aziende devono trasmettere, al Settore regionale competente, il “Modulo A-C” corredato dall’Atto formale Aziendale di approvazione delle opere complementari al progetto originario ed una relazione tecnica contenente le motivazioni delle Opere stesse.

Per la chiusura del finanziamento, di qualunque intervento, occorre presentare la Relazione Acclarante (Modulo R-A) e il/i certificato/i di collaudo.

Nel caso in cui si verificano contenziosi tra la Stazione Appaltante e le Aziende appaltatrici, le Aziende Sanitarie regionali, non potendo fornire al Settore regionale competente i sopraccitati Atti, dovranno comunicare e motivare l’impossibilità di trasmettere la Relazione Acclarante e il/i certificato/i di collaudo, per evitare che la quota parte del finanziamento cada in perenzione.

Non verranno accettate richieste di utilizzo di economie per opere e/o acquisti che esulano dal progetto principale, o per opere aggiuntive (a completamento) al progetto principale derivanti da imperizie o negligenze del progettista o della stazione appaltante.

Prima della presentazione della Relazione Acclarante, l’eventuali economie derivanti dal progetto principale, possono essere richieste presentando al Settore regionale competente, il “Modulo E” e la relazione “Modulo R-E”, per la realizzazione di opere e/o l’acquisto di attrezzature e/o arredi a supplemento dell’intervento stesso.

Successivamente, il Settore regionale competente rilascerà il Nulla-osta per l’utilizzo dell’importo specifico. Nel caso di un finanziamento statale, al Ministero competente, verrà comunicato dal Settore stesso il rilascio del Nulla-osta.

Le economie derivanti dall’intervento principale, facenti parte di un programma di finanziamenti statali, possono anche essere richieste per la realizzazione di un nuovo intervento. Tale intervento, si configura come rimodulazione da inserire all’interno di una nuova programmazione statale e regionale.

La spesa sostenuta dovrà essere correlata da giustificativi di spesa, dalla presentazione del certificato di collaudo (anche per le attrezzature) e dalla relazione Acclarante i rapporti tra gli Enti a chiusura definitiva dei lavori completa del quadro economico finale.

All’avvenuta chiusura dei lavori, della presentazione del certificato di collaudo e della relazione Acclarante i rapporti tra gli Enti, non si potranno richiedere, eventuali o ulteriori, utilizzi di economie.

Le economie devono essere ripartite in funzione degli Enti che concorrono al finanziamento dell’intervento, così come indicati nel piano finanziario; tale importo deve essere ripartito in percentuale a seconda delle diverse quote di partecipazione dei medesimi Enti.

Per i finanziamenti statali la liquidazione dello specifico importo relativo all’economie avverrà trasmettendo al Settore regionale competente, il “Modulo B-S” indicando i rispettivi SAL.

5.c.3. Monitoraggio attuazione degli interventi finanziati

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

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, ed eventuali altri elementi oggetto di prossime estensioni;
- F.I.Te.B. (Flusso Informativo per le Tecnologie Biomediche), per quanto concerne il censimento e monitoraggio delle tecnologie biomediche, come da DGR n. 39-3929 del 29 maggio 2012 e DD n. 508 del 27 luglio 2012.

Il corretto aggiornamento di tali database costituisce adempimento indispensabile per poter gestire le procedure di programmazione degli investimenti in oggetto.

La gestione dei due database di supporto, planimetrico e tecnologico, prevede procedure di aggiornamento che richiedono una pre-elaborazione a cura dei tecnici di IRES Piemonte, in modo da rendere i supporti correttamente interpretabili dal sistema. Le procedure sono differenti per il database planimetrico ed il database tecnologico.

Database planimetrico

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.

Occorre inoltre segnalare gli ambiti per i quali sia variato lo stato di efficienza, nei seguenti casi:

- o interventi conclusi;
- o aree non adeguate, per le quali non è stata espressa una necessità di investimento per mezzo di una richiesta di finanziamento (descrivendone i motivi di inadeguatezza);
- o aree adeguate; l'identificazione delle aree oggetto di richiesta di finanziamento viene gestito direttamente da IRES Piemonte, in quanto correlato all'iter della procedura informatizzata; è altresì richiesto di localizzare sulle planimetrie le grandi attrezzature di nuova acquisizione o di cui sia variata la posizione, sulla base di quanto censito nella procedura F.I.Te.B.

Database tecnologico

Il database di inventario tecnologico delle tecnologie biomediche viene periodicamente aggiornato per mezzo della procedura F.I.Te.B., secondo un canale di scambio dati indipendente ed autonomo rispetto alla procedura in oggetto, che vede coinvolti i Servizi di Ingegneria Clinica aziendali. La localizzazione delle grandi attrezzature sulle planimetrie segue le modalità dell'aggiornamento planimetrico (cfr. punto precedente).

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</p> <p>G3. Promozione di qualità ed innovazione, instaurando una sinergia tra sanità, ricerca e didattica</p>	<p>Indicatori di contesto <i>cf. Atlante Sanitario del Piemonte 2006</i></p> <p>Indicatori di risorse</p> <ul style="list-style-type: none"> - IP1. Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento - IP2. Grado di utilizzazione effettivo delle risorse del programma totale degli investimenti <p>Indicatori di realizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - IP3. Stato di avanzamento effettivo dell'intervento - IP4. Stato di avanzamento effettivo del programma - IP5. Tempi effettivi di realizzazione dell'intervento - IP6. Tempi effettivi di realizzazione del programma <p>Indicatori di risultato</p> <ul style="list-style-type: none"> - IP7. Attivazione posti letto - IP8. Attivazione sale operatorie <p>Indicatori di impatto</p> <ul style="list-style-type: none"> - IP9. Produzione totale e produzione specifica - IP10. Peso medio DRG prodotti totale e specifico - IP11. N° e peso medio DRG prodotti in mobilità attiva - IP12. N° e peso medio DRG consumati in mobilità passiva - IP13. Tasso di occupazione posti letto - IP14. N° parti suddivisi per indice di rischio <p>Indicatori di efficacia</p> <ul style="list-style-type: none"> - IE1. Indice di avanzamento dell'intervento - IE2. Indice di avanzamento del programma - IE3. Rispetto dei tempi di realizzazione dell'intervento - IE4. Rispetto dei tempi di realizzazione del programma - IE5. Indice di attivazione posti letto - IE6. Indice di attivazione sale operatorie - IE7. Indice di ammodernamento apparecchiature <p>Indicatori di efficienza</p> <ul style="list-style-type: none"> - IE8. Costo unitario di costruzione [€/mq] - IE9. Costo di realizzazione posto letto [€/pl] 	<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"> - Anagrafe delle strutture - Flussi dimissioni e prestazioni - EDISAN-DES - FITEB 	<p>Coordinamento azioni dei diversi soggetti coinvolti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regione Piemonte - Città di Torino - Università degli Studi di Torino - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - RFI-Sistemi Urbani
Obiettivi specifici	<p>S1. Valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza ospedaliero-universitari di riferimento regionale</p> <p>S2. Riorganizzazione dell'assistenza specialistica per livelli di complessità</p> <p>S3. Riordino delle relazioni tra ospedali del territorio funzionalmente connessi ai poli</p> <p>S4. Razionalizzazione organizzativa e funzionale delle strutture, delle attività e degli spazi, intra-aziendale e inter-aziendale</p> <p>S5. Ammodernamento della diagnostica e terapia strumentale</p> <p>S6. Adeguamento alle norme di sicurezza in riferimento alla sismica e all'antincendio</p> <p>S7. Efficientamento energetico</p> <p>S8. Recupero della mobilità passiva da altre regioni in particolare dalla Lombardia</p> <p>S9. Polarizzazione delle attività di studio e formazione universitaria, ricerca e sperimentazione in campo biomedico</p>			
Obiettivi Operativi	<p>O1. Realizzazione di nuove strutture destinate ad accogliere i poli di eccellenza ospedaliero-universitari di Torino</p> <p>O2. Trasferimento di parte dell'attività a bassa complessità dalle A. O. di Torino verso i presidi del territorio metropolitano, relativamente all'area materno-infantile,</p> <p>O3. Innalzamento della complessità della casistica trattata</p> <p>O4. Interventi di adeguamento e umanizzazione dei presidi ospedalieri e sanitari esistenti nelle aree sovrazionali di appartenenza o di influenza dei poli</p> <p>O4. Accorpamento e riorganizzazione delle attività di area medica, chirurgica, materno-infantile, delle cure intensive, della diagnostica e dei servizi di supporto, anche in ottica dipartimentale;</p> <p>O6. Ammodernamento dotazioni tecnologiche, in particolare della diagnostica per immagini</p> <p>O7. Sviluppo di capacità di interazione, attraverso un incubatore d'impresa, con il mondo delle applicazioni produttive, in collaborazione con aziende pubbliche e private.</p>			
Interventi	Realizzazione del Polo della Sanità e della formazione clinica e del Polo della ricerca del Parco della Salute, della Ricerca e dell'innovazione di Torino .			

Analisi S.W.O.T.

MINACCE - Non coerenza con norme accreditamento - Bassa attrazione extraregionale - Tariffe su prestazioni di alta specialità poco affidabili	FORZE - Prestazioni di rara diffusione, monopolistiche - Insegnamento ricerca - Finanziamento disponibile - Alta specializzazione e preparazione del personale
DEBOLEZZE - Dispersione sale operatorie - Logistica interna - Reparti non a modulo efficiente - Stato di usura - Numerosità stakeholder - Contesto urbano	OPPORTUNITA' - Convenienza rispetto a ristrutturazione - Intervento modulare/intera opera scarsamente fattibile in tempi brevi - Revisione rete metropolitana materno infantile

Obiettivi / Indicatori / Interventi

OBIETTIVI GENERALI		OBIETTIVI SPECIFICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	
G1	Organizzazione e della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione	S1	Realizzazione di nuove strutture destinate ad accogliere i poli di eccellenza ospedaliero-universitari di Torino	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9, IP10, IP11 IE1, IE3, IE5, IE6, IE8, IE9	Indicatori di risorse, realizzazione e risultato IP1 → IP8 <i>Trattandosi di indicatori del livello di avanzamento o realizzazione del programma o intervento, il valore teorico atteso è pari a 1.</i>
		S2	Trasferimento di parte dell'attività a bassa complessità dalle A. O. di Torino verso i presidi del territorio metropolitano, relativamente all'area materno-infantile	IP7, IP8, IP10, IP11, IP14 IE5, IE6	
		S3	Realizzazione di nuove strutture destinate ad accogliere i poli di eccellenza ospedaliero-universitari di Torino	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9, IP10, IP11 IE1, IE3, IE5, IE6, IE8, IE9	
G2	Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera	S3	Interventi di adeguamento e umanizzazione dei presidi ospedalieri e sanitari esistenti nelle aree sovrazonali di appartenenza o di influenza dei poli	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9 IE1, IE3, IE5, IE6, IE8, IE9	Indicatori di impatto IP9 → IP14 <i>I valori attesi sono quelli definiti dalle indicazioni programmatiche nazionali e regionali</i>
		S3	Realizzazione di nuove strutture destinate ad accogliere i poli di eccellenza ospedaliero-universitari di Torino	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9, IP10, IP11, IP13 IE1, IE3, IE5, IE6	
		S4	Interventi di adeguamento e umanizzazione dei presidi ospedalieri e sanitari esistenti nelle aree sovrazonali di appartenenza o di influenza dei poli	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9, IP13 IE1, IE3, IE5, IE6	
		S5	Accorpamento e riorganizzazione delle attività di area medica, chirurgica, materno-infantile, delle cure intensive, della diagnostica e dei servizi di supporto, anche in ottica dipartimentale;	IP10, IP13, IP14 IE8, IE9	
S5	Ammodernamento dotazioni tecnologiche, in particolare della diagnostica per immagini	IP3, IP9 IE1, IE7	Indicatori di efficacia IE1, IE2, IE5, IE6 <i>Il valore teorico atteso è pari a 1.</i> IE3, IE4 <i>Il valore teorico atteso è minore o uguale a 1.</i> IE7 <i>Il valore teorico atteso è minore di 1.</i>		
S8	Innalzamento della complessità della casistica trattata	IP10, IP11, IP12			
G3	Promozione di qualità ed innovazione in staurando una sinergia tra sanità, ricerca e didattica	S1	Realizzazione di nuove strutture destinate ad accogliere i poli di eccellenza ospedaliero-universitari di Torino	IP1, IP3, IP5, IP7, IP8, IP9, IP10, IP11 IE1, IE3, IE5, IE6, IE8, IE9	Indicatori di efficienza IE8-IE9 <i>I valori attesi sono quelli definiti in sede di progetto</i>
		S9	Sviluppo di capacità di interazione, attraverso un incubatore d'impresa, con il mondo delle applicazioni produttive, in collaborazione con aziende pubbliche e private.	Non sono previsti indicatori specifici per il monitoraggio dell'obiettivo operativo O6 in quanto non è di natura sanitaria sebbene costituisca un notevole valore aggiunto del programma di investimenti	
Indicatori riferiti al programma di investimento nel suo complesso: Indicatori di Contesto, IP2, IP4, IP6, IE2, IE4					
INTERVENTO: Gli indicatori ed obiettivi sopra elencati sono riferiti agli interventi relativi alla realizzazione del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino					
ENTI ATTUATORI: Regione Piemonte, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino					

Sintesi delle informazioni per autovalutazione

Intesa del 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome

Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)

Intesa del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008)

Intesa del 5 ottobre 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome (Patto sulla salute)

Leggi finanziarie 2007-2008 per le disposizioni concernenti il settore degli investimenti

Intesa del 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province Autonome (Nuovo Patto per la Salute 2010-2012)

	NOTE
1. Promozione di processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera attraverso indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera (Patto per la salute 4.6)	SI
2. Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiore a 4 pl per 1000 abitanti comprensivi dello 0,7 per riabilitazione e della lungo degenza e post-acuzie (Intesa 3 dicembre 2009, art.6)	SI
3. Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero (Intesa 23 marzo 2005, art.4, lett.b)	SI
4. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% (Intesa 23 marzo 2005, art.4, lett.b)	SI
➤ Destinazione delle risorse residue alla costruzione, alla ristrutturazione e all'adeguamento di presidi con numero di posti letto non inferiore a 250 per acuti o a 120 per lungodegenza e riabilitazione (Finanziaria 2006, art. 1, comma 285)	Non pertinente
➤ Destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15% (Intesa 23 marzo 2005, art. 10)	Non pertinente
➤ Innovazione tecnologica delle strutture del SSN, con particolare riferimento alla diagnosi e alla terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare (Patto per la salute 4.1)	SI
➤ Sviluppo ed implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello ospedaliero che per il livello territoriale (Intesa 23 marzo 2005, art.4, lett.g)	SI
➤ Realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino / paziente (Patto per la salute 4.2)	SI
➤ Generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Patto per la salute 4.2)	Non pertinente
➤ Assicurare adeguati programmi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera (Intesa 23 marzo 2005, art.4, lett.c)	Non pertinente
➤ Realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (Finanziaria 2006, art. 1, comma 280)	SI
➤ Erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA, secondo standard di qualità e quantità	SI
➤ Riferimento al set di indicatori concordato tra Ministeri della Salute e dell'Economia e Regioni a partire dal set di indicatori utilizzato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (Patto per la salute 2.4)	SI
➤ Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere (Nota prot. n. 2749/DGPROG/7-P/1.6.a.h dell'8/2/2006)	SI

Correlazione dell'Adp con atti di programmazione regionale

ATTO CITATO NEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO	NOTE
Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015	Il progetto di Città della salute e della Scienza di Torino è coerente con le indicazioni del vigente Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015 il quale ribadisce la visione dell'ospedale come componente di un sistema di

	<p>assistenza complesso e integrato in un'organizzazione a rete di servizi, rilevando altresì l'opportunità di affrontare, in via prioritaria, i problemi che riguardano i nodi centrali della rete ospedaliera che presentano particolari problematicità.</p> <p>L'intervento realizzativo delle Città della Salute di Torino e di Novara, inoltre, integrano e supportano la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale in ambiti territoriali coincidenti con le Federazioni Sovrazionali secondo gli indirizzi della Legge regionale 28 marzo 2012, n. 3 <i>Disposizioni in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale</i>.</p>
Piano di Rientro	<p>I criteri ed i riferimenti assunti per la definizione del programma delle Città della Salute e della Scienza di Torino e di Novara sono coerenti con i principi e gli indirizzi individuati nel "Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico 2010" e nel relativo programma di attuazione della Regione Piemonte, nei capitoli che affrontano criticità e soluzioni per il riordino del macro-livello dell'assistenza ospedaliera. I principali riferimenti assunti sono i seguenti:</p> <p>D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010, <i>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.</i></p> <p>D.G.R. n. 85-1157 del 30 Novembre 2010, <i>Programma attuativo del Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010: indirizzi per la razionalizzazione della rete di degenza ospedaliera.</i></p> <p>D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011, <i>Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009 n. 191.</i></p> <p>A tali atti seguono inoltre specifiche delibere di attuazione del Piano di rientro inerenti i criteri di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.</p>

Obiettivi ed indicatori dell'AdP

Obiettivi generali dell'AdP

OBIETTIVI	
G.1	Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione, anche attraverso lo sviluppo dell'assistenza extraospedaliera e delle cure primarie;
G.2	Adeguatezza 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;
G.3	Promozione di qualità ed innovazione, instaurando una sinergia tra sanità, ricerca e didattica, creando un distretto medico rivolto alla cura e all'innovazione, in grado di posizionare il territorio regionale nel contesto internazionale come Polo clinico, di ricerca e alta formazione.

Obiettivi specifici dell'AdP

OBIETTIVI	
S.1	Valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza ospedaliero-universitari di riferimento regionale;
S.2	Riorganizzazione dell'assistenza specialistica per livelli di complessità attraverso un riequilibrio tra capillarità e concentrazione territoriale;
S.3	Riordino delle relazioni tra ospedali del territorio funzionalmente connessi ai poli
S.4	Razionalizzazione organizzativa e funzionale delle strutture, delle attività e degli spazi, intra-aziendale e inter-aziendale;
S.5	Ammodernamento della diagnostica e terapia strumentale
S.6	Adeguatezza alle norme di sicurezza in riferimento alla sismica e all'antincendio
S.7	Efficientamento energetico

S.8	Recupero della mobilità passiva da altre regioni in particolare dalla Lombardia
S.9	Polarizzazione delle attività di studio e formazione universitaria, ricerca e sperimentazione in campo biomedico

Obiettivi ed Indicatori del Nuovo Programma

OBIETTIVI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI	INDICATORI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI
G.1	SI	SI	NO
G.2	SI	SI	NO
G.3	SI	SI	NO
S.1	SI	SI	NO
S.2	SI	SI	NO
S.4	NO	SI	NO
S.5	SI	SI	NO
S.6	NO	SI	NO
S.7	NO	SI	NO
S.8	SI	SI	NO
S.9	SI	SI	NO

Note:

La corrispondenza con gli obiettivi degli accordi precedenti può essere in alcuni casi indiretta o parziale in quanto riscontrabile in una diversa articolazione delle finalità del programma.

Per la medesima ragione, pur potendo individuare una corrispondenza di obiettivi, non è possibile far corrispondere gli indicatori precedentemente espressi alle necessità di monitorare il presente programma, e pertanto si valuta opportuno valutarli come non presenti

Quadro finanziario contenuto nella proposta di AdP

POLO DELLA SANITÀ E DELLA FORMAZIONE CLINICA E POLO DELLA RICERCA LOTTO 1 LINEE DI FINANZIAMENTO

		Costo Totale €	Contributo pubblico ex art. 20 L. 67/88			Altri finanziamenti
			Stato €	Regione €	Totale €	Privato €
Intervento 1	Realizzazione edifici e bonifica area	455.959.111,00	142.840.000,00	7.140.000,00	149.980.000,00	305.979.111,00*
Intervento 2	Tecnologie e arredi	112.520.000,00	107.160.000,00	5.360.000,00	112.520.000,00	000,00
TOTALE		568.479.111,00	250.000.000,00	12.500.000,00	262.500.000,00	305.979.111,00*

* Il finanziamento privato interessa esclusivamente la realizzazione degli edifici attraverso un contratto di partenariato pubblico privato. Il costo dell'investimento considerato comprende gli oneri finanziari a carico dell'operatore privato pari a € 23.124.711,00 stimati sulla base della struttura finanziaria ipotizzata.

L'importo totale dell'INTERVENTO 1 pari a € 568.479.111 stimato è suddiviso come segue:

A) la bonifica dell'area attraverso una procedura ordinaria di appalto:

importo complessivo pari ad € 18,480,00 di cui:

€ 17.600.000 contributo statale ex art. 20 L.67/88;

€ 880.000 contributo regionale.

B) la realizzazione degli edifici e la gestione di alcuni servizi di base attraverso un contratto di partenariato pubblico privato come previsto dal Codice degli Appalti:

importo complessivo pari ad € 437.479.111 stimato di cui:

€ 125.240.000,00 contributo statale ex art. 20 L.67/88;

€ 6.260.000 contributo regionale;

€ 305.979.111 finanziamento privato stimato.

Gli oneri urbanizzativi e infrastrutturali, che saranno inseriti nel quadro finanziario senza che questo incida sull'importo totale del finanziamento pubblico statale e regionale complessivo di cui al presente Accordo, saranno determinati sulla base della ripartizione definita nell'accordo di programma finalizzato alla realizzazione del Parco della Salute della Ricerca e dell'Innovazione in modifica a quello stipulato fra Regione Piemonte, Città di Torino ed RFI-Sistemi Urbani, approvato con DPGR 8/2010.

Il possibile finanziamento a valere sul fondo istituito presso CDP ai sensi dell'art. 4 della Legge n. 144/1999 per la copertura dei costi della progettazione preliminare, per una cifra complessiva pari a 3,5 €/mln, non essendo certo, non viene preso in

considerazione. Qualora tale finanziamento fosse assegnato, lo stesso potrà costituire implementazione del finanziamento pubblico.

Qualora dovessero essere modificate le norme dei contratti di Partenariato Pubblico privato previste dal Codice degli Appalti pubblici, che prevedono un finanziamento pubblico massimo pari al 30% dell'investimento complessivo, potrà essere rimodulata la quota di finanziamento pubblico attribuita agli interventi 1 e 2, senza, in ogni caso, che questo incida sull'importo totale del finanziamento pubblico statale e regionale complessivo di cui al presente Accordo.

Verifica dell'analisi di contesto

	PRESENZA ASSENZA P- A	EVIDENZIAMENTO DI PARTICOLARI FENOMENI
A.1 Quadro demografico della Regione	P	Si veda paragrafo 1.a.2. (<i>Quadro demografico</i>) Una regione più vecchia della media nazionale, meno istruita delle altre regioni del nord e con famiglie più piccole
A.2 Quadro epidemiologico della Regione	P	Si veda paragrafo 1.a.1. (<i>Quadro epidemiologico</i>) Diminuzione della mortalità; aumento delle malattie cronico - degenerative ed oncologiche
A.3 Quadro della mobilità passiva intra ed extra regionale	P	Si veda paragrafo 1.a.5. (<i>Quadro della mobilità attiva e passiva intra ed extra-Regionale</i>) Tendenza generale recente all'equilibrio, mobilità passiva delle zone ad
A.4 Analisi della domanda di prestazioni sanitarie	P	Si veda paragrafo 1.a.4. (<i>Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso</i>) Tassi di ospedalizzazione tra i più bassi nazionali, effetto di manovre
A.5 Analisi dell'offerta	P	Si veda paragrafo 1.a.6. (<i>Offerta ante operam</i>) Anche alla luce della contrazione dei ricoveri, ridondanza di strutture, alcune delle quali non adeguate
A.6 Criticità di accesso e dei percorsi diagnostici-terapeutici	P	Si veda paragrafo 1.a.4. (<i>Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso</i>) Eccesso di prestazioni ambulatoriali con probabile effetto di non ancora consolidata adozione di percorsi diagnostico - terapeutici

Analisi dell'offerta attuale

	DATO REGIONALE	STANDARD NAZIONALE	NOTE
Numero Posti letto per acuti per 1000 abitanti Pubblici privati	3,2	3,3	
Numero Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti Pubblici privati	1,0	0,7	
Tasso di ospedalizzazione per acuti per 1000 abitanti	166	180	
Mobilità passiva per acuti	Ricoveri ordinari: 36.228 Ricoveri diurni: 15.319		
Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per 1.000 residenti			

Posti in strutture sanitarie residenziali e per 100.000 residenti:			
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti			

**Analisi dell'offerta prevista a seguito della realizzazione del
Parco della Salute,della Ricerca e dell'Innovazione di Torino**

	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti	Realizzazione del Polo Sanitario del Parco della Salute,della Ricerca e dell'Innovazione di Torino
Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento	SI, direttamente
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie	SI, come conseguenza della strategia di riordino della rete dei presidi ospedalieri
Raggiungimento di 250 p.l. per acuti o 120 p.l. per lungodegenza e riabilitazione	SI
Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 p.l. per acuti o 120 p.l. per lungodegenza e riabilitazione	NO
Posti letto per acuti per 1000 abitanti	3,1 (stimato)
Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 ab.	Non direttamente pertinente
Posti in strutture sanitarie residenziali per 100.000 residenti:	Non direttamente pertinente
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	Non direttamente pertinente