

QUALIFICAZIONE EDILIZIA E FUNZIONALE DEGLI OSPEDALI PUBBLICI REGIONALI

CICLO 2024

Stralcio per pubblicazione online

Rapporto tecnico a cura di:
Luisa SILENO
Guido TRESALLI
con Giovanna PERINO

09/12/2024

QUALIFICAZIONE EDILIZIA E FUNZIONALE DEGLI OSPEDALI PUBBLICI REGIONALI 2024

© 2024 IRES
Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte
Via Nizza 18 - 10125 Torino

www.ires.piemonte.it

Indice

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| EXECUTIVE SUMMARY | 4 |
| INTRODUZIONE | 6 |
| FONTI E METODOLOGIE | 7 |
| | |
| CAPITOLO 1 | 8 |
| MONITORAGGIO DEGLI OSPEDALI REGIONALI..... | 8 |
| Consistenza della rete ospedaliera regionale | 8 |
| Fabbisogno per l'adeguamento..... | 14 |
| Valore di sostituzione | 18 |
| Indice di intensità di intervento..... | 18 |
| Richieste di finanziamento per investimenti in edilizia e grandi tecnologie..... | 20 |
| POTENZIALITA' EDILIZIE DEGLI OSPEDALI REGIONALI | 25 |
| Sostenibilità insediativa | 25 |
| Qualità strutturale..... | 28 |
| Età convenzionale | 32 |
| Attitudine all'uso, all'adeguamento o alla trasformazione..... | 35 |
| SINTESI DEI DATI..... | 39 |
| Aggregazione per Azienda Sanitaria | 39 |
| Aggregazione per Struttura Ospedaliera | 40 |
| | |
| CAPITOLO 2 | 43 |
| POLITICHE DI INVESTIMENTO: ESITI ED INDIRIZZI | 43 |
| Politiche di investimento: esiti..... | 43 |
| Politiche di investimento: indirizzi | 47 |
| | |
| Conclusioni | 50 |
| | |
| Allegati | 52 |

EXECUTIVE SUMMARY

- In Piemonte ci sono 92 ospedali in rete pubblica con 15.892 posti letto (escluso il nido). Gli ospedali pubblici a gestione diretta sono 48 e si articolano su 52 strutture gestite da 19 Aziende Sanitarie Regionali: 12 Aziende Sanitarie Locali, 3 Aziende Ospedaliere e 4 Aziende Ospedaliere Universitarie. Fra le Aziende Ospedaliere Universitarie si comprende quella di Alessandria, diventata tale, da Azienda Ospedaliera, nel dicembre 2023. Fra le Aziende Ospedaliere, inoltre, si comprende la nuova Azienda Ospedaliera "Ospedale Infantile Regina Margherita", scorporata dall'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino a gennaio 2024.
- I posti letto negli ospedali pubblici a gestione diretta sono 11.134 (escluso il nido): 9.721 letti per il ricovero ordinario (a ciclo continuativo) e 1.413 letti per il ricovero diurno (day hospital o day surgery).
- Con riferimento agli ospedali pubblici a gestione diretta monitorati (47 ospedali su 51 strutture: dal monitoraggio e dalle analisi successive, riferendosi agli ospedali pubblici, è escluso il presidio SAAPA dell'ASL TO4, perché di proprietà privata), la superficie, pari a 2.376.393 m², ha una capacità insediativa complessiva di 14.724 posti letto, a fronte degli 10.993 posti letto effettivamente presenti.
- I posti letto presenti negli ospedali pubblici a gestione diretta monitorati (10.993 unità, escluso il nido) sono confrontabili per numero con gli 11.088 letti previsti dalla programmazione regionale in materia di adeguamento della rete ospedaliera (DGR 19 novembre 2014, n. 1-600 e smi), che, rispetto al numero complessivo dei posti letto, si può quindi riconoscere come sostanzialmente attuata.
- Poiché negli ospedali pubblici la superficie unitaria per posto letto è pari a circa 216 m²/pl, mentre la progettazione ospedaliera si orienta con superfici unitarie comprese fra i 100 ed i 150 m²/pl, il modello d'uso degli ospedali regionali è mediamente non intensivo: circostanza che ha effetti sull'efficienza della gestione, non solo da un punto di vista strutturale.
- Per gli ospedali pubblici l'obiettivo del soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento è di medio periodo, poiché tali requisiti risultano mediamente riscontrati per il 72,8% (100%: pieno soddisfacimento). Guardando alle singole strutture ospedaliere ed assumendo quella del 75% come una soglia al di sopra della quale si può sostenere che i requisiti strutturali per l'accreditamento siano sostanzialmente soddisfatti, si rileva che 25 presidi su 51 (il 49% circa) non raggiungono tale soglia e si presentano quindi come critici per qualità strutturale.
- Rispetto all'obsolescenza si rileva che 27 strutture ospedaliere su 51 (il 53% circa) non sono attuali rispetto ai requisiti di riferimento poiché, assunta convenzionalmente la durata della loro vita utile pari a 100, si presentano con un'età superiore a 70. Tale valore si assume come la soglia superata la quale le strutture entrano nella fase finale della loro vita utile. In questa fase alla progressiva perdita di affidabilità delle componenti strutturali ed impiantistiche corrisponde una difficoltà sempre maggiore di pervenire ad un pieno ripristino di condizioni di adeguatezza con mezzi ordinari. L'obsolescenza media delle strutture ospedaliere regionali coincide proprio con la soglia indicata (70).
- Delle 18 Aziende Sanitarie Regionali, 8 risultano critiche in termini di qualità strutturale e di obsolescenza degli ospedali di loro competenza.

- Per il perseguimento dell'obiettivo del pieno soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento degli ospedali pubblici sarebbero necessari lavori di adeguamento per circa 2,25 miliardi di euro.
- Il costo unitario medio per l'adeguamento degli ospedali pubblici è stimato in circa 948 €/m².
- Il costo annuo per la manutenzione degli ospedali pubblici è stimato in circa 222 milioni di euro (IVA inclusa). Gli interventi di manutenzione considerati sono quelli, preventivi o correttivi, finalizzati al mantenimento o al ripristino delle prestazioni iniziali, anche con la sostituzione delle parti o delle componenti fisiologicamente destinate a consumarsi o ad usurarsi.
- Per il triennio 2024-2026 le Aziende Sanitarie hanno presentato alla Regione Piemonte, tramite il popolamento dell'applicativo EDISAN, 1.096 richieste di finanziamento per interventi edilizi ed acquisizione di grandi tecnologie per un importo di circa 2,8 miliardi di euro. Il numero delle richieste di finanziamento per interventi edilizi è 929 ed il loro importo ammonta a 2.684.372.947 € (circa il 96% del totale), mentre quello per l'acquisizione di grandi attrezzature è 167 per un totale di 120.238.819 € (circa il 4% del totale).
- Il fabbisogno espresso tramite le richieste di finanziamento per interventi da rivolgere alle strutture esistenti ammonta a circa 1 miliardo di euro. Di questo fabbisogno, oltre la metà si riferisce ad obiettivi di riordino ed adeguamento generale delle strutture (38,8% dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con circa 460 milioni di euro: 428 milioni per il comparto ospedaliero e 32 milioni per il comparto territoriale) e ad obiettivi di sicurezza antincendio delle strutture esistenti (14,2% dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con circa 168 milioni di euro: 155 milioni per il comparto ospedaliero e 13 milioni per il comparto territoriale).
- Delle 51 strutture degli ospedali pubblici, 11 di queste (circa il 22% del totale), critiche per qualità strutturale, per obsolescenza e per intensità dei costi di adeguamento, non risultano pienamente disponibili ad interventi diffusi ed intensivi per il loro recupero a causa dell'elevato livello di obsolescenza che le caratterizza e della presenza di vincoli intrinseci derivanti dalla tipologia costruttiva, dall'impianto tipologico, ovvero dalla presenza di vincoli normativi alla realizzazione di determinati interventi. Per queste strutture l'obiettivo dell'adeguatezza ai requisiti strutturali dell'accreditamento, che è sempre consistente per le criticità indifferibili legate agli usi attuali, si combina con quello di strategie per l'innovazione, che possono essere perseguite anche con la realizzazione di nuove strutture sanitarie in luogo di quelle non più pienamente recuperabili, che potrebbero quindi essere riconvertite ad usi più compatibili, anche sanitari.

INTRODUZIONE

Come stanno gli ospedali regionali e quali strategie potrebbero essere definite per governare la loro evoluzione futura?

Il rapporto sulla Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali regionali offre un contributo per rispondere alla domanda appena posta perché descrive la consistenza della rete ospedaliera regionale e restituisce grandezze che permettono la valutazione delle potenzialità e delle criticità delle strutture ospedaliere; potenzialità e criticità che poi possono essere valorizzate o controllate con opportune strategie di intervento, da definire anche sulla base degli esiti delle politiche di investimento già assunte.

Il percorso sopra tracciato si sviluppa lungo le tre seguenti tappe: monitoraggio, valutazione ed indirizzi.

Il monitoraggio degli ospedali regionali è operato con cadenza annuale con dati ed informazioni che derivano dalla procedura EDISAN-DES, dai flussi regionali sulla consistenza degli ospedali in rete pubblica e dall'interazione fra l'IRES e le Aziende Sanitarie per approfondimenti su aspetti di dettaglio e tematici, come quelli in termini di fabbisogno complessivo per l'adeguamento delle strutture esistenti.

La valutazione delle potenzialità edilizie degli ospedali regionali è condotta sulla base degli esiti del monitoraggio e restituisce grandezze in grado di quantificare i loro livelli di sostenibilità insediativa, di qualità strutturale e di obsolescenza, nonché la loro idoneità rispetto agli usi correnti, all'adeguamento o alla trasformazione. Gli esiti delle valutazioni sono restituiti, in sintesi, a livello di Azienda e di singolo presidio.

Gli indirizzi, infine, restituiscono, sulla base delle politiche di investimento adottate e degli esiti da queste determinati, dei criteri per quelle che potrebbero essere ulteriori strategie per la conservazione, l'adeguamento o la trasformazione della rete ospedaliera.

Il rapporto sulla qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali regionali è strutturato in due sezioni. La prima riguarda la conoscenza dell'esistente e percorre quindi le tappe del monitoraggio e della valutazione; la seconda riguarda invece gli indirizzi ed è quindi centrata sulle politiche di investimento.

FONTI E METODOLOGIE

I dati con i quali vengono operati il monitoraggio e la valutazione degli ospedali Regionali sono estratti dalle seguenti fonti:

- Regione Piemonte, PADDI – flusso DWARPE_R011 – estrazione al 29 febbraio 2024:
 - identificazione degli ospedali regionali in rete pubblica (pubblici a gestione diretta, privati equiparati, privati accreditati);
 - numero posti letto per specialità e regime di ricovero.

Sebbene presenti nel flusso DWARPE_R011, non sono state considerate ospedali le strutture prive di posti letto in regime di ricovero ordinario in specialità ospedaliere.

- IRES Piemonte, Database Edilizia Sanitaria (DES), ciclo 2024: aggiornamento al 30 settembre 2024:
 - superfici, funzioni omogenee e funzioni specifiche degli ospedali pubblici a gestione diretta.

I dati elaborati nel DES sono stati aggiornati progressivamente con le variazioni comunicate dalle Aziende Sanitarie nell'ambito della procedura EDISAN-DES.

- Regione Piemonte, Procedura EDISAN-DES, ciclo 2024-2026 – aggiornamento al 30 settembre 2024:
 - repertorio delle richieste di finanziamento per interventi in Edilizia Sanitaria, ciclo di programmazione 2024-2026 (consolidato al 26 marzo 2024);
 - dati prodotti dalla Aziende Sanitarie nell'ambito della procedura integrata EDISAN-DES, con particolare riferimento alla descrizione e alla stima dell'ordine di grandezza delle risorse per la realizzazione degli interventi ulteriori a quelli inseriti come richieste di finanziamento nella procedura in argomento o finanziati.

Gli esiti del ciclo annuale della procedura EDISAN-DES sono stati condivisi con le Aziende Sanitarie. In particolare è stata condivisa l'entità del fabbisogno per l'adeguamento di ciascun ospedale a norma dell'accreditamento o della disciplina comunque applicabile per la ricerca di una piena adeguatezza rispetto agli usi attuali.

Le metodologie di analisi sono consolidate ed applicate ciclicamente, con cadenza annuale, ai fini del monitoraggio e della valutazione degli asset ospedalieri regionali e delle politiche di investimento in edilizia sanitaria. Per il dettaglio delle metodologie di analisi si veda:

http://www.ires.piemonte.it/images/Ricerca/Sanita_edilizia/materiali/2015_IRES_Rapporto_Qualificazione_12.pdf¹.

Per quanto riguarda gli obiettivi di intervento delle Richieste di finanziamento aziendali ed il conseguente riparto del fabbisogno, le analisi sono effettuate con i dati disponibili in EDISAN. Le analisi relative alle materie energia, antincendio ed antisismica saranno approfondite nell'ambito delle relative progettualità IRES, rispetto a metodologie e criteri coerenti al perseguimento degli obiettivi delle progettualità stesse.

¹ Tresalli G. Sileno L., *Qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri pubblici – Rapporto anno 2015*, IRES Piemonte, 18 gennaio 2016.

CAPITOLO 1

MONITORAGGIO DEGLI OSPEDALI REGIONALI

Consistenza della rete ospedaliera regionale

In Piemonte ci sono 92² ospedali in rete pubblica. I posti letto complessivi sono 15.892 (escluso il nido), come riportato nella seguente tabella.

Tabella 1: ospedali e posti letto in rete pubblica

| Tipo Struttura | Numero di ospedali ¹ | Numero di posti letto ² | | |
|------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------|---------------|
| | | Day hospital e Day surgery | Ordinari | TOTALE |
| Pubblico a gestione diretta ³ | 48 | 1.413 | 9.721 | 11.134 |
| Privato accreditato ⁴ | 35 | 101 | 3.073 | 3.174 |
| Privato equiparato ⁴ | 9 | 146 | 1.438 | 1.584 |
| TOTALE | 92 | 1.660 | 14.232 | 15.892 |

Note:

1. Sono stati considerati ospedali le strutture con posti letto per il ricovero a ciclo continuativo in specialità ospedaliera. Ad un medesimo ospedale possono corrispondere più strutture.
2. Dal computo è escluso il nido, che è presente solo negli ospedali pubblici a gestione diretta come specialità per il ricovero a ciclo continuativo con un totale di 381 culle.
3. Il computo non comprende i seguenti presidi (presenti nella fonte DWARPE_R011): Day Surgery del Distretto di Nichelino (privo di letti per il ricovero a ciclo continuativo) e Stabilimento Ospedaliero Castelli di Verbania (che compare come struttura senza letti in modo ridondante rispetto all'Ospedale Unico Plurisede dell'ASL VCO, che comprende sia lo Stabilimento Ospedaliero Castelli, sia l'Ospedale San Biagio di Domodossola). Nella fonte il Centro Ortopedico di Quadrante di Omegna è stato erroneamente identificato come privato equiparato, nelle elaborazioni, dopo la condivisione di tale dato con l'Azienda Sanitaria VCO, i letti del COQ sono stati conteggiati come pubblici. Il computo comprende i 141 letti per il post acuzie del SAAPA spa (ASL TO4), in quanto risultano a gestione diretta, seppur in una struttura prevalentemente privata.
4. Del privato accreditato sono stati considerati solo i letti contrattualizzati (e quindi in rete pubblica), mentre del privato equiparato sono stati considerati solo i letti pubblici.

Fonte: elaborazione a cura degli Autori da flusso DWARPE_R011, 29 febbraio 2024.

² Rispetto al 2023 gli ospedali sono diminuiti di 1 unità poiché la struttura di Pomaretto è uscita dalla rete ospedaliera.

Dei 92 ospedali in rete pubblica, 28 risultano strutture dedicate esclusivamente al post acuzie³. Dei 697 posti letto per il post acuzie insediati negli ospedali pubblici a gestione diretta, 279 si trovano nei 3 ospedali pubblici dedicati al post acuzie (SAAPA di Settimo Torinese, Ospedale di Fossano e il CRP Borsalino di Alessandria).

I posti letto in rete pubblica sono ripartiti in post acuzie e acuzie nella seguente tabella.

Tabella 2: ripartizione dei posti letto in rete pubblica per area (acuzie, post acuzie)

| Tipo Struttura | Numero di ospedali | Ospedali per il post acuzie | Numero di posti letto | | TOTALE |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------|---------------|
| | | | Acuzie | Post acuzie | |
| Pubblico a gestione diretta | 48 | 3 | 10.437 | 697 ¹ | 11.134 |
| Privato accreditato | 35 | 21 | 887 | 2.287 | 3.174 |
| Privato equiparato | 9 | 4 | 507 | 1.077 | 1.584 |
| TOTALE | 92 | 28 | 11.831 | 4.061 | 15.892 |

Note:

1. Sono stati scomputati 23 posti letto che nel flusso DWARPE_R011 risultano attribuiti al presidio "ospedali riuniti di Rivoli" dell'ASL TO3, ridondante rispetto alle attribuzioni correttamente riferite a tutti gli ospedali di competenza dell'ASL.

Fonte: elaborazione a cura degli Autori da flusso DWARPE_R011, 29 febbraio 2024.

Gli ospedali pubblici a gestione diretta del Piemonte sono 48 e sono distribuiti su 52 strutture ospedaliere⁴ di competenza di 19 Aziende Sanitarie Regionali: 12 Aziende Sanitarie Locali, 3 Aziende Ospedaliere e 4 Aziende Ospedaliere Universitarie. Fra le Aziende Ospedaliere Universitarie si comprende quella di Alessandria, diventata tale, da Azienda Ospedaliera, nel dicembre 2023. Fra le Aziende Ospedaliere, inoltre, si comprende la nuova Azienda Ospedaliera "Ospedale Infantile Regina Margherita", scorporata dall'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino a gennaio 2024. Nel presente rapporto le due Aziende si considerano ancora nella condizione ex ante, in coerenza alla loro classificazione nelle fonti regionali alle date di estrazione.

Rispetto all'anno 2023 il numero degli ospedali è diminuito di una unità perché il presidio ospedaliero di Pomaretto non è più compreso nella rete ospedaliera.

³ Le specialità "non acuzie" sono: specialità 28 (Unità spinale), specialità 56 (Recupero e Riabilitazione Funzionale 2 Livello), specialità 60 (Lungodegenza) e specialità 75 (Gravi cerebrolesioni).

⁴ La differenza fra il numero di ospedali ed il numero di strutture ospedaliere dipende dal fatto che alcuni ospedali hanno più sedi. Nel dettaglio, l'Ospedale Maggiore della Carità dell'AOU di Novara comprende, oltre all'omonima struttura, anche quella dell'ospedale San Giuliano; l'Ospedale Unico Plurisede del VCO comprende l'ospedale San Biagio di Domodossola e lo Stabilimento Castelli di Verbania; l'Ospedale S. Croce e Carle dell'AO di Cuneo si articola su due sedi (l'Ospedale S. Croce e l'Ospedale Carle) ed il Centro Traumatologico (CTO) dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino comprende anche la struttura dell'Unità Spinale Unipolare (USU). La palazzina di via Zuretti dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, infine, non viene considerata né come un ospedale, né come una struttura ospedaliera, poiché è annessa all'Ospedale Infantile Regina Margherita (OIRM) ed è al servizio sia dell'OIRM, sia dell'Ospedale Ostetrico Ginecologico S. Anna.

Tabella 3: variazione dei posti letto in rete pubblica

| Tipo Struttura | ACUZIE 2023 | ACUZIE 2024 | ACUZIE variazione | POST- ACUZIE 2023 | POST- ACUZIE 2024 | POST- ACUZIE variazione | TOTALE 2023 | TOTALE 2024 | TOTALE variazione |
|-----------------------------|----------------|----------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------|----------------|----------------------|
| Pubblico a gestione diretta | 10.516 | 10.437 | -79 | 718 | 697 | -21 | 11.234 | 11.134 | -100 |
| Privato Accreditato | 860 | 887 | 27 | 2.227 | 2.287 | 60 | 3.087 | 3.174 | 87 |
| Privato equiparato | 507 | 507 | 0 | 1.077 | 1.077 | 0 | 1.584 | 1.584 | 0 |
| TOTALE | 11.883 | 11.831 | -52 | 4.022 | 4.061 | 39 | 15.905 | 15.892 | -13 |

Fonte: elaborazione a cura degli Autori da flusso DWARPE_R011, 30 marzo 2023 e 29 febbraio 2024.

La consistenza degli ospedali pubblici a gestione diretta soggetti a monitoraggio nell'ambito della procedura EDISAN-DES si determina nelle 47 unità (per 51 strutture ospedaliere) evidenziate nella seguente tabella.

Infatti, essendo il SAAPA spa una struttura a gestione diretta (con 59 letti per il Recupero e la riabilitazione funzionale di secondo livello e 82 letti per la Lungodegenza, per 141 letti complessivi), ma di proprietà prevalentemente privata, si esclude dal computo degli ospedali di interesse per la definizione di strategie regionali di investimento in edilizia sanitaria.

Tabella 4: dettaglio della consistenza della rete ospedaliera pubblica

| Azienda territoriale | Azienda erogazione | Denominazione ospedale | Natura | Posti letto | | |
|----------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|------------------------|---------|----------------------|
| | | | | Ordinari (senza culle) | DH e DS | Totali (senza culle) |
| A.S.L. TORINO 3 | A.S.L. TORINO 3 | OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI" | Pubblico | 217 | 19 | 236 |
| A.S.L. TORINO 3 | A.S.L. TORINO 3 | OSPEDALE DEGLI INFERMI | Pubblico | 264 | 18 | 282 |
| A.S.L. TORINO 3 | A.S.L. TORINO 3 | OSPEDALE CIVILE DI SUSÀ | Pubblico | 46 | 8 | 54 |
| A.S.L. TORINO 3 | A.S.L. TORINO 3 | OSPEDALE DI VENARIA | Pubblico | 16 | 1 | 17 |
| A.S.L. TORINO 3 | CASA DI CURA VILLE AUGUSTA - S.R.L. | CASA DI CURA VILLE AUGUSTA - S.R.L. | Privato | 80 | 0 | 80 |
| A.S.L. TORINO 3 | CASA DI CURA VILLA PATRIZIA - S.R.L. | CASA DI CURA VILLA PATRIZIA - S.R.L. | Privato | 25 | 0 | 25 |
| A.S.L. TORINO 3 | CASA DI CURA VILLA SERENA - S.P.A. | CASA DI CURA VILLA SERENA - S.P.A. | Privato | 140 | 0 | 140 |
| A.S.L. TORINO 3 | VILLA PAPA GIOVANNI XXIII | VILLA PAPA GIOVANNI XXIII | Privato | 145 | 0 | 145 |
| A.S.L. TORINO 3 | CASA DI CURA VILLA IRIS SRL | CASA DI CURA VILLA IRIS SRL | Privato | 151 | 0 | 151 |
| A.S.L. TORINO 3 | CASA DI CURA MADONNA DEI BOSCHI | CASA DI CURA MADONNA DEI BOSCHI | Privato | 55 | 0 | 55 |
| A.S.L. TORINO 4 | A.S.L. TORINO 4 | OSPEDALE CIVICO CHIVASSO | Pubblico | 177 | 30 | 207 |
| A.S.L. TORINO 4 | A.S.L. TORINO 4 | PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIÈ | Pubblico | 211 | 23 | 234 |
| A.S.L. TORINO 4 | A.S.L. TORINO 4 | PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO | Pubblico | 77 | 19 | 96 |
| A.S.L. TORINO 4 | A.S.L. TORINO 4 | OSPEDALE CIVILE DI IVREA | Pubblico | 174 | 30 | 204 |

| Azienda territoriale | Azienda erogazione | Denominazione ospedale | Natura | Posti letto | | Totali (senza culle) |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------|---------|----------------------|
| | | | | Ordinari (senza culle) | DH e DS | |
| A.S.L. TORINO 4 | A.S.L. TORINO 4 | OSPEDALE CIVILE DI CUOR-GNE' | Pubblico | 79 | 23 | 102 |
| A.S.L. TORINO 4 | A.S.L. TORINO 4 | SAAPA S.P.A. | Pubblico | 141 | 0 | 141 |
| A.S.L. TORINO 4 | POLICLINICO DI MONZA S.P.A. | CASA DI CURA CLINICA EPOREDIESE | Privato | 51 | 0 | 51 |
| A.S.L. TORINO 4 | VILLE TURINA AMIONE | CASA DI CURA VILLE TURINA AMIONE | Privato | 120 | 0 | 120 |
| A.S.L. TORINO 4 | SANTA CROCE SRL | CASA DI CURA VILLA IDA | Privato | 100 | 0 | 100 |
| A.S.L. TORINO 4 | VILLA GRAZIA | CASA DI CURA VILLA GRAZIA | Privato | 150 | 0 | 150 |
| A.S.L. TORINO 5 | A.S.L. TORINO 5 | OSPEDALE MAGGIORE | Pubblico | 104 | 12 | 116 |
| A.S.L. TORINO 5 | A.S.L. TORINO 5 | OSPEDALE SANTA CROCE | Pubblico | 159 | 11 | 170 |
| A.S.L. TORINO 5 | A.S.L. TORINO 5 | OSPEDALE SAN LORENZO | Pubblico | 80 | 23 | 103 |
| A.S.L. TORINO 5 | CASA DI CURA E RIPOSO S. LUCA S.P.A. | CASA DI CURA E RIPOSO S. LUCA S.P.A. | Privato | 71 | 19 | 90 |
| A.S.L. TORINO 5 | VILLE TURINA AMIONE | CASA DI CURA VILLA DI SALUTE SPA | Privato | 65 | 0 | 65 |
| A.S.L. TORINO 5 | CASA DI CURA VILLA ADRIANA | ADRIANA S.R.L. | Privato | 87 | 0 | 87 |
| A.S.L. VERCELLI | A.S.L. VERCELLI | OSPEDALE SANT'ANDREA | Pubblico | 279 | 36 | 315 |
| A.S.L. VERCELLI | A.S.L. VERCELLI | OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO | Pubblico | 17 | 4 | 21 |
| A.S.L. VERCELLI | POLICLINICO DI MONZA S.P.A. | POLICLINICO DI MONZA SPA - CASA DI CURA S. RITA | Privato | 110 | 0 | 110 |
| A.S.L. VERCELLI | CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONS. LUIGI NOVARESE | CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONS. LUIGI NOVARESE | Privato | 90 | 0 | 90 |
| A.S.L. BIELLA | A.S.L. BIELLA | OSPEDALE DEGLI INFERMI | Pubblico | 406 | 50 | 456 |
| A.S.L. BIELLA | CASA DI CURA SAN GIORGIO | CASA DI CURA SAN GIORGIO SRL | Privato | 28 | 0 | 28 |
| A.S.L. BIELLA | POLICLINICO DI MONZA S.P.A. | POLICLINICO DI MONZA S.P.A. PRESIDIO CLINICA LA VIALARDA | Privato | 50 | 0 | 50 |
| A.S.L. NOVARA | A.S.L. NOVARA | ISTITUTO SS. TRINITÀ - BORGOMANERO | Pubblico | 202 | 23 | 225 |
| A.S.L. NOVARA | POLICLINICO DI MONZA S.P.A. | POLICLINICO DI MONZA SPA - PRESIDIO CLINICA SAN GAUDENZIO | Privato | 58 | 0 | 58 |
| A.S.L. NOVARA | CASA DI CURA S. CARLO DI ARONA | CASA DI CURA S. CARLO DI ARONA | Privato | 42 | 0 | 42 |
| A.S.L. NOVARA | CASA DI CURA HABILITA S.P.A. | HABILITA S.P.A. - PRESIDIO I CEDRI | Privato | 32 | 4 | 36 |
| A.S.L. NOVARA | CASA DI CURA VILLA CRISTINA | CASA DI CURA VILLA CRISTINA | Privato | 110 | 0 | 110 |
| A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA | A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA | OSPEDALE UNICO PLURISEDE | Pubblico | 228 | 45 | 273 |
| A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA | CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE S.P.A. | CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE - COQ SPA | Pubblico | 80 | 11 | 91 |
| A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA | CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA | CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA | Privato | 210 | 0 | 210 |
| A.S.L. CUNEO 1 | A.S.L. CUNEO 1 | OSPEDALE DI MONDOVI' | Pubblico | 152 | 12 | 164 |
| A.S.L. CUNEO 1 | A.S.L. CUNEO 1 | OSPEDALE DI CEVA | Pubblico | 36 | 5 | 41 |
| A.S.L. CUNEO 1 | A.S.L. CUNEO 1 | OSPEDALE DI SAVIGLIANO | Pubblico | 218 | 13 | 231 |
| A.S.L. CUNEO 1 | A.S.L. CUNEO 1 | OSPEDALE DI SALUZZO | Pubblico | 49 | 6 | 55 |
| A.S.L. CUNEO 1 | A.S.L. CUNEO 1 | OSPEDALE DI FOSSANO | Pubblico | 56 | 3 | 59 |
| A.S.L. CUNEO 1 | ISTITUTO CLIMATICO DI ROBILANTE S.R.L. | ISTITUTO CLIMATICO DI ROBILANTE S.R.L. | Privato | 110 | 0 | 110 |
| A.S.L. CUNEO 1 | CASA DI CURA "STELLA DEL MATTINO" | FONDAZIONE ORIZZONTE SPERANZA - ONLUS CASA DI CURA "STELLA DEL MATTINO" | Privato | 60 | 0 | 60 |
| A.S.L. CUNEO 2 | A.S.L. CUNEO 2 | OSPEDALE MICHELE FERRERO E PIETRO FERRERO - INDUSTRIALI | Pubblico | 297 | 58 | 355 |
| A.S.L. CUNEO 2 | CASA DI CURA SAN MICHELE | CASA DI CURA SAN MICHELE | Privato | 80 | 0 | 80 |

QUALIFICAZIONE EDILIZIA E FUNZIONALE
DEGLI OSPEDALI PUBBLICI REGIONALI
CICLO 2024

| Azienda territoriale | Azienda erogazione | Denominazione ospedale | Natura | Posti letto | | Totali (senza culle) |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------|------------------------|---------|----------------------|
| | | | | Ordinari (senza culle) | DH e DS | |
| A.S.L. CUNEO 2 | CASA DI CURA CITTA' DI BRA | CASA DI CURA CITTA' DI BRA | Privato | 110 | 14 | 124 |
| A.S.L. CUNEO 2 | CASA DI CURA "LA RESIDENZA" | CASA DI CURA "LA RESIDENZA" | Privato | 100 | 0 | 100 |
| A.S.L. ASTI | A.S.L. ASTI | PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA | Pubblico | 438 | 44 | 482 |
| A.S.L. ASTI | CASA DI CURA S. ANNA SPA | CASA DI CURA S. ANNA SPA | Privato | 59 | 0 | 59 |
| A.S.L. ALESSANDRIA | A.S.L. ALESSANDRIA | OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE | Pubblico | 197 | 23 | 220 |
| A.S.L. ALESSANDRIA | A.S.L. ALESSANDRIA | OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA | Pubblico | 85 | 14 | 99 |
| A.S.L. ALESSANDRIA | A.S.L. ALESSANDRIA | OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI | Pubblico | 150 | 23 | 173 |
| A.S.L. ALESSANDRIA | A.S.L. ALESSANDRIA | OSPEDALE CIVILE ACQUI | Pubblico | 65 | 14 | 79 |
| A.S.L. ALESSANDRIA | A.S.L. ALESSANDRIA | OSPEDALE CIVILE OVADA | Pubblico | 28 | 6 | 34 |
| A.S.L. ALESSANDRIA | CASA DI CURA HABILITA S.P.A. | CASA DI CURA VILLA IGEEA | Privato | 55 | 6 | 61 |
| A.S.L. ALESSANDRIA | CASA DI CURA SANT'ANNA | CASA DI CURA SANT'ANNA | Privato | 72 | 0 | 72 |
| A.S.L. ALESSANDRIA | POLICLINICO DI MONZA S.P.A. | POLICLINICO DI MONZA | Privato | 139 | 4 | 143 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | A.S.L. CITTA' DI TORINO | OSPEDALE MARIA VITTORIA | Pubblico | 289 | 29 | 318 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | A.S.L. CITTA' DI TORINO | OSPEDALE MARTINI | Pubblico | 267 | 35 | 302 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | A.S.L. CITTA' DI TORINO | OSPEDALE OFTALMICO | Pubblico | 41 | 25 | 66 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | A.S.L. CITTA' DI TORINO | TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO | Pubblico | 338 | 37 | 375 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | A.S.L. CITTA' DI TORINO | OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIA | Pubblico | 71 | 24 | 95 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | CLINICA SANTA CATERINA DA SIENA s.r.l. | CLINICA SANTA CATERINA DA SIENA S.R.L. | Privato | 4 | 0 | 4 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | VILLA MARIA PIA HOSPITAL | VILLA MARIA PIA HOSPITAL | Privato | 121 | 14 | 135 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO | CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO | Privato | 106 | 21 | 127 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | CASA DI CURA CELLINI | CASA DI CURA CELLINI | Privato | 87 | 19 | 106 |
| A.S.L. TORINO 3 | AZIENDA OSP. S.LUIGI | AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI | Pubblico | 334 | 68 | 402 |
| A.S.L. NOVARA | AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' | OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' | Pubblico | 491 | 90 | 581 |
| A.S.L. NOVARA | AZIENDA OSP. MAGGIORE DELLA CARITA' | OSPEDALE SAN ROCCO GALLIATE | Pubblico | 34 | 11 | 45 |
| A.S.L. CUNEO 1 | AZIENDA OSP. S.CROCE E CARLE | AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE | Pubblico | 602 | 54 | 656 |
| A.S.L. ALESSANDRIA | AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO | OSP.CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO | Pubblico | 425 | 75 | 500 |
| A.S.L. ALESSANDRIA | AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO | OSP. INFANTILE C.ARRIGO | Pubblico | 53 | 16 | 69 |
| A.S.L. ALESSANDRIA | AZIENDA OSP. S.ANTONIO BIAGIO/ARRIGO | CENTRO RIABILITATIVO POLIFUNZIONALE T.BORSALINO | Pubblico | 73 | 6 | 79 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | AZIENDA OSP. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO | OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO | Pubblico | 417 | 46 | 463 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO | OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE | Pubblico | 843 | 135 | 978 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO | OSPEDALE CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO | Pubblico | 281 | 46 | 327 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO | OSPEDALE OSTETRICO GINECOLOGICO SANT'ANNA | Pubblico | 230 | 37 | 267 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | AZIENDA OSP. CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO | OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA | Pubblico | 204 | 72 | 276 |
| A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSOLA | ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO | ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO | Equiparato | 345 | 7 | 352 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI | PRESIDIO MAJOR | Equiparato | 80 | 0 | 80 |

| Azienda territoriale | Azienda erogazione | Denominazione ospedale | Natura | Posti letto | | Totali (senza culle) |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|
| | | | | Ordinari (senza culle) | DH e DS | |
| A.S.L. NOVARA | FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI | FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI | Equiparato | 315 | 0 | 315 |
| A.S.L. TORINO 5 | IRCCS - ISTITUTO PER LA RICERCA E CURA DEL CANCRO | FONDAZIONE DEL PIEMONTE PER L'ONCOLOGIA | Equiparato | 110 | 40 | 150 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | AUSILIATRICE | AUSILIATRICE DON GNOCCHI | Equiparato | 66 | 0 | 66 |
| A.S.L. TORINO 4 | BEATA VERGINE DELLA CONSOLATA- FATEBENE FRATELLI | BEATA VERGINE CONSOLATA | Equiparato | 149 | 16 | 165 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO | PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO | Equiparato | 138 | 46 | 184 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | SAN CAMILLO | PRESIDIO SANITARIO SAN CAMILLO | Equiparato | 100 | 20 | 120 |
| A.S.L. CITTA' DI TORINO | PRESIDIO SANITARIO COTTOLENGO | PRESIDIO SANITARIO OSPEDALE COTTOLENGO | Equiparato | 135 | 17 | 152 |
| TOTALE POSTI LETTO PER NATURA DEI PRESIDI | | | Pubblico | 9.721 | 1.413 | 11.134 |
| | | | Privato | 3.073 | 101 | 3.174 |
| | | | Equiparato | 1.438 | 146 | 1.584 |
| TOTALE GENERALE | | | | 14.232 | 1.660 | 15.892 |
| TOTALE MONITORATO¹ | | | Pubblico al netto del SAAPA spa | 9.580 | 0 | 10.993 |

1. Il totale monitorato non comprende il SAAPA spa è una struttura a gestione diretta, ma di proprietà prevalentemente privata, si esclude dal monitoraggio degli ospedali pubblici a gestione diretta.

Fonte: elaborazione a cura degli Autori da flusso DWARPE_R011, 29 febbraio 2024.

La superficie lorda complessiva degli ospedali pubblici del Piemonte è 2.376.393 m², mentre il numero complessivo dei posti letto in ricovero ordinario o diurno in essi ospitati è pari a 10.993 unità⁵, al netto della specialità 31 (nido).

Rispetto all'anno 2023 la superficie degli ospedali pubblici è diminuita poiché è uscito dalla rete ospedaliera la struttura di Pomaretto, mentre il numero dei posti letto (ordinari e diurni, esclusa la specialità 31) delle strutture ospedaliere monitorate è diminuito di 100 unità, come evidenziato nella tabella 5.

⁵ Sul dettaglio dei posti letto computati si vedano le note alla Tabella 1.

Tabella 5: variazione delle superfici e dei posti letto degli ospedali pubblici piemontesi

| Caratteristica | Anno 2023 ³ | Anno 2024 ⁴ |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Superficie lorda [m ²] | 2.384.080 | 2.376.393 |
| Posti letto, ricovero ordinario (inclusa specialità 31) ¹ | 10.007 | 9.961 |
| Posti letto, ricovero ordinario (esclusa specialità 31) | 9.624 | 9.580 |
| Posti letto in ricovero diurno (Day hospital e Day surgery) ² | 1.469 | 1.413 |
| TOTALE ricovero ordinario e diurno (inclusa specialità 31) | 11.476 | 11.374 |
| TOTALE ricovero ordinario e diurno (esclusa specialità 31) | 11.093 | 10.993 |

Note:

1. La specialità 31 è il nido. In Piemonte ci sono 381 culle per il nido e sono tutte in strutture pubbliche a gestione diretta.
2. Non ci sono posti letto in ricovero diurno per la specialità 31.
3. Dati da flusso DWARPE_R011, estrazione al 31 marzo 2023.
4. Dati da flusso DWARPE_R011, estrazione al 29 febbraio 2024.

Fonte: flusso FIM ed elaborazione Autori.

Fabbisogno per l'adeguamento

Il costo stimato per l'adeguamento degli ospedali pubblici della Regione Piemonte ammonta nel 2024 a circa 2,25 miliardi di euro, oneri inclusi: valore superiore di circa 36 milioni di euro rispetto a quello determinato nell'anno precedente.

Nella seguente tabella si riporta l'elenco delle strutture per le quali è variato il fabbisogno rispetto all'anno 2023.

Tabella 6: strutture ospedaliere che dal 2023 al 2024 hanno rimodulato il fabbisogno

| Azienda Sanitaria | Struttura ospedaliera | Fabbisogno stimato nel 2024 | Variazione del fabbisogno rispetto all'anno 2023 |
|-------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| A.S.L. TO3 | Ospedale Civile di Susa | 10.938.037,07 € | +130.463,07 € |
| A.S.L. TO3 | Presidio ospedaliero di Pomaretto | Non stimato: struttura non più compresa nella rete ospedaliera | -8.414.092,00 € |
| A.S.L. VC | Ospedale S.Andrea di Vercelli | 88.081.458,00 € | -26.317.271,00 € |
| A.S.L. VC | Ospedale nuovo di Borgosesia | 0,00 € | -1.500.000,00 € |
| A.S.L. BI | Ospedale nuovo di Biella | 50.303.431,20 € | +44.192.783,20 € |
| A.S.L. CN1 | Ospedale di Ceva | 7.729.796,00 € | +40.110,00 € |
| A.S.L. CN1 | Ospedale Maggiore SS. Annunziata di Savigliano | 40.232.616,86 € | +696.114,86 € |

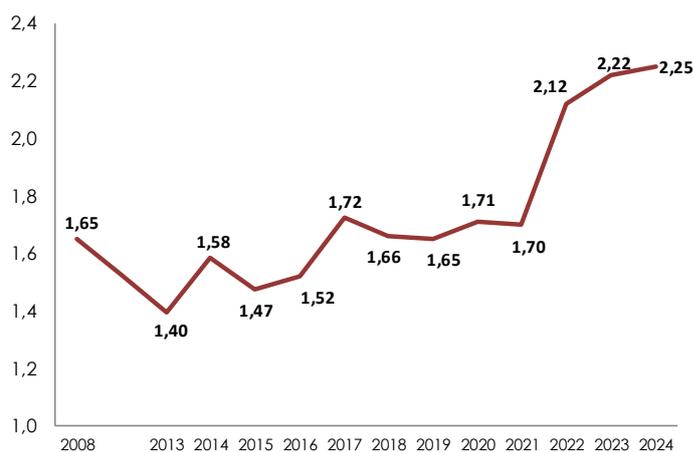
| Azienda Sanitaria | Struttura ospedaliera | Fabbisogno stimato nel 2024 | Variazione del fabbisogno rispetto all'anno 2023 |
|----------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| A.S.L. CN1 | Ospedale Maggiore SS. Trinità di Fossano | 11.662.500,00 € | +1.821.082,00 € |
| A.S.L. CN2 | Nuovo ospedale di Alba-Bra a Verduno | 14.934.000,00 € | +7.584.000,00 € |
| A.S.L. AL | Ospedale Santo Spirito | 39.452.446,80 € | +1.863.619,46 € |
| A.O.U. SAN LUIGI DI ORBASSANO | Ospedale San Luigi | 155.101.200,00 € | +24.163.220,00 € |
| A.O. S.CROCE E CARLE DI CUNEO | Ospedale Santa Croce | 69.198.619,61 € | +1.218.921,10 € |
| A.O. ORDINE MAURIZIANO DI TORINO | Ospedale Mauriziano Umberto I | 33.481.600,00 € | -9.332.500,00 € |

Fonte: procedura EDISAN-DES ed elaborazione Autori.

Il costo per l'adeguamento deve essere idealmente inteso come l'ordine di grandezza delle risorse economiche da investire per la realizzazione di tutti gli interventi edilizi utili a permettere il perseguimento dell'obiettivo del pieno soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento⁶. Tale importo deve confrontarsi con l'effettiva disponibilità delle strutture a ricevere gli interventi di adeguamento possibili.

Nella figura 1 si riporta l'andamento del fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali esistenti dal 2008 al 2024.

Figura 1: stima del fabbisogno per l'adeguamento dei presidi ospedalieri regionali (in miliardi di euro): anni 2008-2024



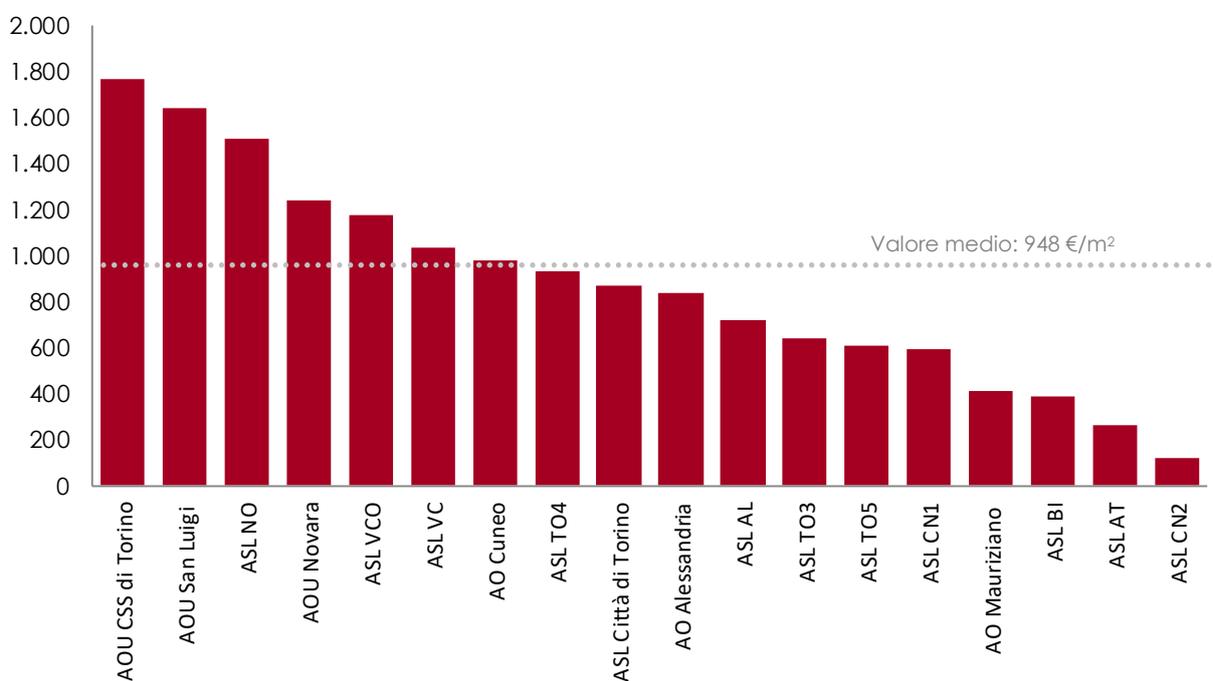
Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

⁶ Sono esclusi gli interventi per gli adeguamenti la cui natura ed entità discende dall'esito di verifiche o diagnosi non ancora effettuate.

Si noti come, fra le annate 2021-2022, 2022-2023 e 2023-2024 il fabbisogno sia aumentato, rispettivamente, di circa il 25%, il 4% ed il 2% in coerenza all'evoluzione della dinamica dei prezzi in edilizia nei medesimi periodi. Tale coerenza può fare sostenere che l'incremento del fabbisogno dipenda principalmente dal maggior costo da sostenere per controllare le medesime criticità, piuttosto che dall'aggravamento delle stesse per entità o assortimento.

I costi di adeguamento per unità di superficie, calcolati con riferimento ai valori complessivi di ciascuna Azienda Sanitaria Regionale, sono rappresentati nel seguente istogramma (figura 2).

Figura 2: costi di adeguamento per unità di superficie dei presidi ospedalieri (valori Aziendali)

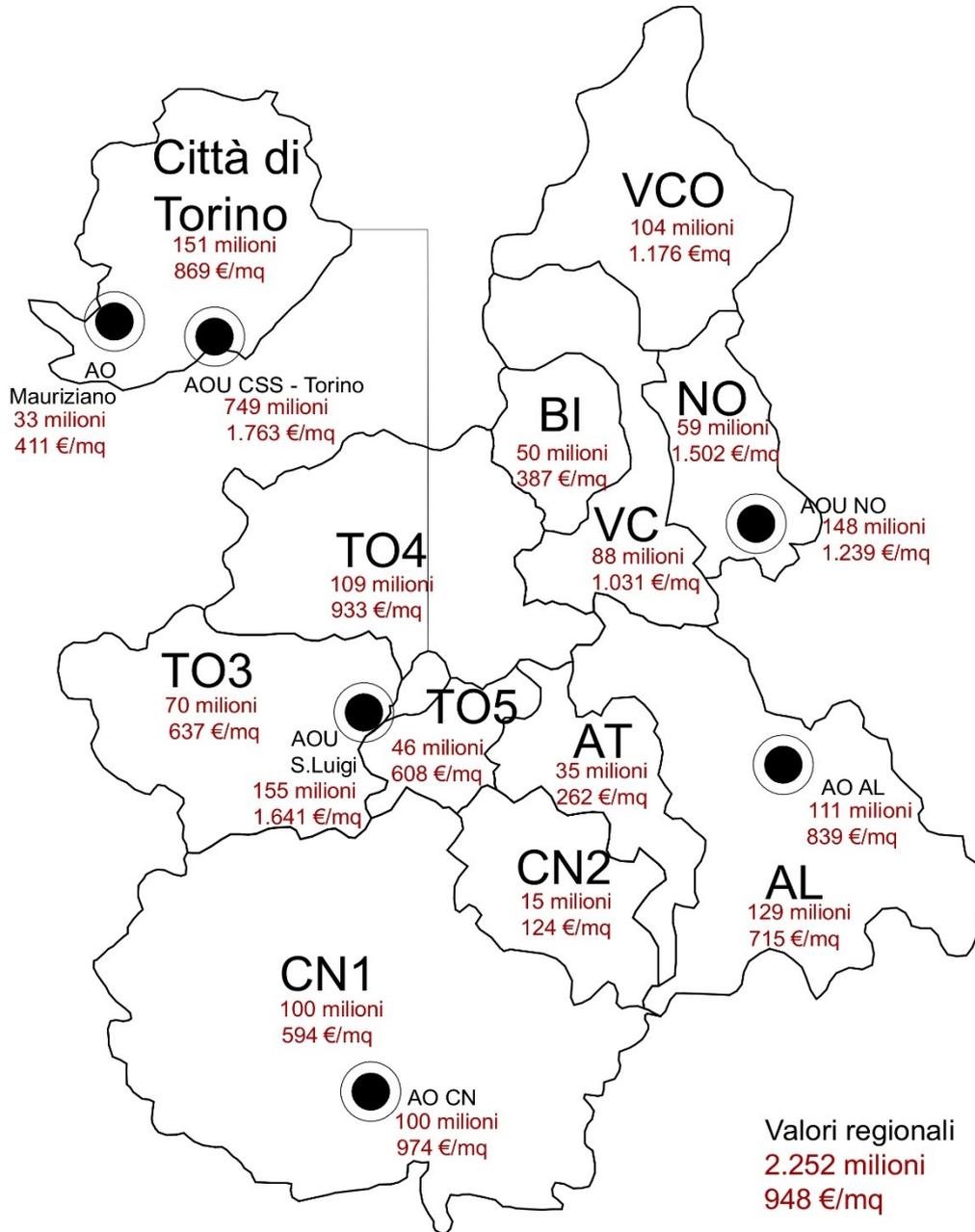


Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Rispetto all'anno 2023 i costi di adeguamento medi unitari aumentano da circa 929 €/m² a 948 €/m². Come termine di paragone si consideri che tali costi sono quasi un quarto del costo dell'opera edile e degli impianti di una nuova realizzazione ospedaliera.

Il fabbisogno determinato per le diverse Aziende Sanitarie Regionali è rappresentato nella seguente figura 3.

Figura 3: fabbisogno e costi unitari per l'adeguamento degli ospedali (valori Aziendali)



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Valore di sostituzione

Il valore di sostituzione degli ospedali pubblici attivi nell'anno 2024 è stimato in 8,2 miliardi di euro.

Il valore di sostituzione quantifica le risorse da impiegare per la realizzazione delle opere edilizie ed impiantistiche, compresi i nodi tecnologici, di ospedali con le stesse superfici e funzioni di quelli ai quali il valore si riferisce, ossia per realizzare gli stessi *ex novo* ed in piena conformità ai requisiti per l'accreditamento o comunque applicabili.

Indice di intensità di intervento

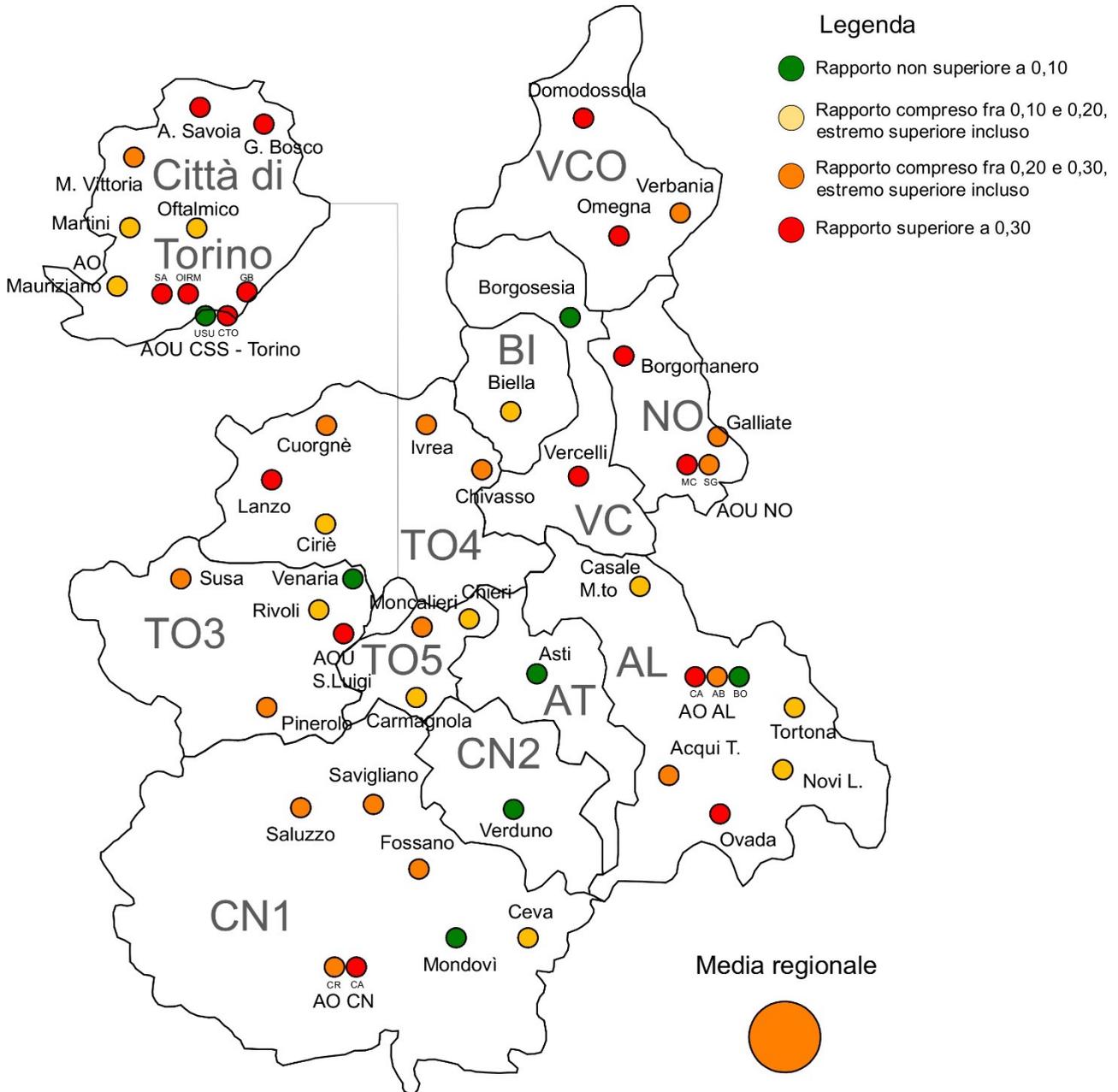
Volendo determinare un indice di intensità di intervento, da intendersi come la quota dell'ospedale che potrebbe essere realizzata *ex novo* impiegando le stesse risorse stimate per l'adeguamento, si confrontano i costi di adeguamento ed il valore di sostituzione. Dire, ad esempio, che l'indice di intensità di intervento è pari allo 0,5 equivale ad affermare che con le risorse stimate per l'adeguamento potrebbe essere realizzata la metà di un ospedale pienamente conforme ai requisiti per l'accreditamento ed equivalente, in termini funzionali e di dotazioni di superficie, a quello al quale l'indice si riferisce.

I costi per l'adeguamento dell'esistente sono pari a circa il 27% del relativo valore di sostituzione (indice di intensità di intervento: 0,27).

L'indice appena determinato permette di ipotizzare che i costi di adeguamento riferiti all'anno 2024 corrispondono a quelli da sostenere, idealmente, per rinnovare circa un quarto del patrimonio ospedaliero.

Il rapporto fra i costi di adeguamento ed il valore di sostituzione dei presidi ospedalieri pubblici è rappresentato nella seguente *figura 4*.

Figura 4: rapporto fra costi di adeguamento e valore di sostituzione dei presidi ospedalieri (singole strutture)



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Delle 51 strutture ospedaliere Regionali, 16 hanno un rapporto fra costi di adeguamento e valore di sostituzione superiore a 0,30. Adeguarle, quindi, è oneroso almeno tanto quanto realizzarne ex novo per quasi un terzo.

Richieste di finanziamento per investimenti in edilizia e grandi tecnologie

Per il triennio 2024-2026 le Aziende Sanitarie hanno presentato alla Regione Piemonte, tramite il popolamento dell'applicativo EDISAN, 1.096 richieste di finanziamento per interventi edilizi ed acquisizione di grandi tecnologie per un importo di circa 2,8 miliardi di euro.

Rispetto al 2023, il numero delle richieste di finanziamento è rimasto sostanzialmente uguale, infatti è aumentato di 3 unità, mentre l'importo è aumentato di circa 325 milioni di euro.

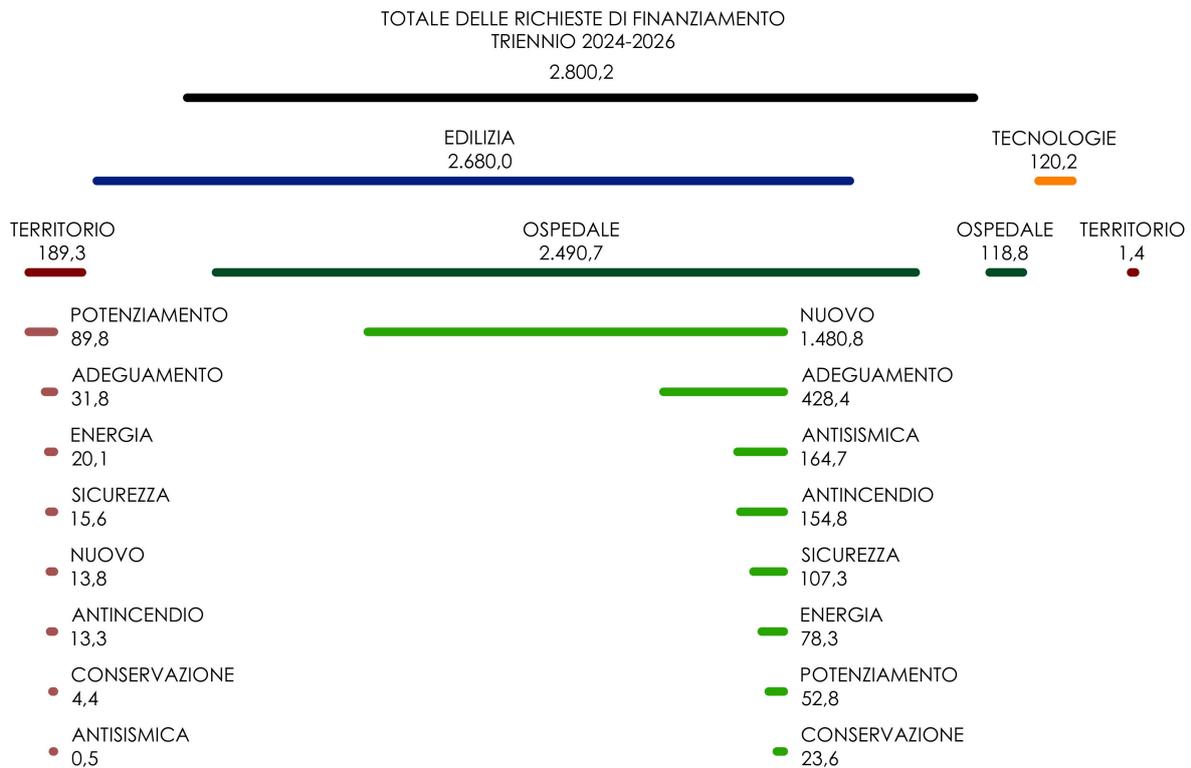
Il numero delle richieste di finanziamento per interventi edilizi è 929 ed il loro importo ammonta a 2.684.372.947 € (circa il 96% del totale), mentre quello per l'acquisizione di grandi attrezzature è 167 per un totale di 120.238.819 € (circa il 4% del totale).

Escluse le richieste di finanziamento per interventi già ammessi a finanziamento (84 richieste: 63 in ambito edilizio e 21 per le tecnologie) e quelle per gli incarichi professionali (7 richieste per un importo pari a 4.407.600 €), il numero complessivo delle richieste di finanziamento si riduce a 1.005 ed il loro importo è pari a 2.800.204.166 €. Quattro di queste richieste di finanziamento, per un importo complessivo di 1.474.134.000 €, si riferiscono a nuove costruzioni ospedaliere:

- l'ospedale unificato dell'area nord dell'ASL CN1 (195 milioni di euro),
- la Città della Salute e della Scienza dell'AOU Maggiore della Carità di Novara (circa 419 milioni di euro),
- l'ospedale dell'AO Santa Croce e Carle di Cuneo (450 milioni di euro),
- l'ospedale dell'AOU di Alessandria (410 milioni di euro).

L'entità complessiva delle richieste di finanziamento per ambito (edilizia o tecnologie, ospedale o territorio,) ed obiettivo di intervento è riportata nella seguente figura.

Figura 5: classificazione delle richieste di finanziamento, ciclo 2024-2026. Importi in milioni di euro



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Il dettaglio dell'entità delle richieste di finanziamento per ambiti ed obiettivi di intervento è riportato nella seguente tabella.

Tabella 7: entità delle richieste di finanziamento per ambito, oggetto, obiettivo e percorso di intervento, ciclo 2023-2025

| AMBITO | OGGETTO | OBBIETTIVO | PERCORSO | IMPORTO |
|----------|----------|-----------------------|-------------------------------------------|-----------------|
| Edilizia | Ospedale | Nuovo | Nuova realizzazione di strutture | 1.480.834.000 € |
| | | Adeguamento | Manutenzione straordinaria o riordino | 428.406.487 € |
| | | Conservazione | Conservazione delle strutture | 23.596.396 € |
| | | Potenziamento | Ampliamento o completamento degli edifici | 52.778.318 € |
| | | Sicurezza antincendio | Interventi per la sicurezza antincendio | 154.756.723 € |
| | | Sicurezza antisismica | Interventi per la sicurezza antisismica | 164.650.622 € |

| AMBITO | OGGETTO | OBIETTIVO | PERCORSO | IMPORTO |
|---------------|------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| | | Sicurezza | Adeguamenti normativi per la tutela della sicurezza degli operatori e dei pazienti | 107.350.281 € |
| | | Energia | Interventi per il miglioramento delle prestazioni energetiche | 78.265.000 € |
| | Territorio | Nuovo | Nuova realizzazione di strutture | 13.764.372 € |
| | | Adeguamento | Manutenzione straordinaria o riordino | 31.827.420 € |
| | | Conservazione | Conservazione delle strutture | 4.363.603 € |
| | | Potenziamento | Ampliamento o completamento degli edifici | 89.761.969 € |
| | | Sicurezza antincendio | Interventi per la sicurezza antincendio | 13.337.200 € |
| | | Sicurezza antisismica | Interventi per la sicurezza antisismica | 500.000 € |
| | | Sicurezza | Adeguamenti normativi per la tutela della sicurezza degli operatori e dei pazienti | 15.641.656 € |
| | | Energia | Interventi per il miglioramento delle prestazioni energetiche | 20.131.300 € |
| | | | Totale edilizia | 2.679.965.347 € |
| Tecnologie | Ospedale | Potenziamento e mantenimento | Ampliamento, sostituzione o aggiornamento del parco tecnologico | 118.817.819 € |
| | Territorio | Potenziamento e mantenimento | Ampliamento, sostituzione o aggiornamento del parco tecnologico | 1.421.000 € |
| | | | Totale tecnologie | 120.238.819 € |
| TOTALE | | | | 2.800.204.166 € |

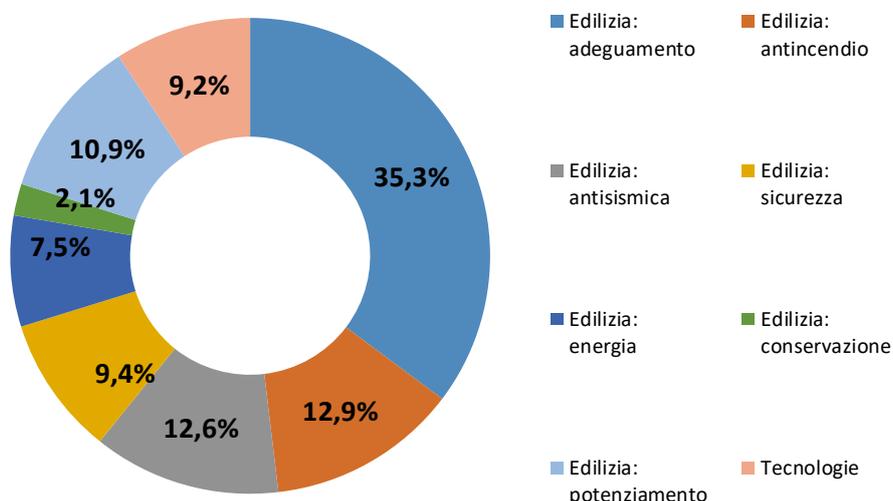
Fonte: elaborazione degli autori su estrazione EDISAN-DES, ciclo 2024-2026.

In termini economici, escludendo le richieste di finanziamento riguardanti le nuove costruzioni (1.480.834.000 €) e le nuove strutture territoriali (13.764.372 €)⁷, gli obiettivi prevalenti – riguardanti l'ambito edilizio - sono i seguenti:

⁷ L'importo complessivo, al netto delle richieste di finanziamento per le nuove costruzioni, è ricalcolato in 1.185.366.975 €.

- adeguamento delle strutture (38,8% dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con circa 460 milioni di euro: 428 milioni per il comparto ospedaliero e 32 milioni per il comparto territoriale),
- sicurezza antincendio delle strutture esistenti (14,2% dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con circa 168 milioni di euro: 155 milioni per il comparto ospedaliero e 13 milioni per il comparto territoriale),
- sicurezza antisismica delle strutture esistenti (14,0% dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con poco più di 165 milioni di euro: 165 milioni per il comparto ospedaliero e 0,5 milioni per il comparto territoriale),
- potenziamento o l'ampliamento (12% dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con circa 143 milioni di euro: 53 milioni per il comparto ospedaliero e 90 milioni per il comparto territoriale),
- tutela della sicurezza degli operatori e dei pazienti (10,4% dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con circa 123 milioni di euro: 107 milioni per il comparto ospedaliero e 16 milioni per il comparto territoriale),
- energia (8,3% dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con circa 98 milioni di euro: 78 milioni per il comparto ospedaliero e 20 milioni per il comparto territoriale),
- conservazione (2,4% dell'importo complessivo delle richieste di finanziamento, con circa 28 milioni di euro: 24 milioni per il comparto ospedaliero e 4 milioni per il comparto territoriale).

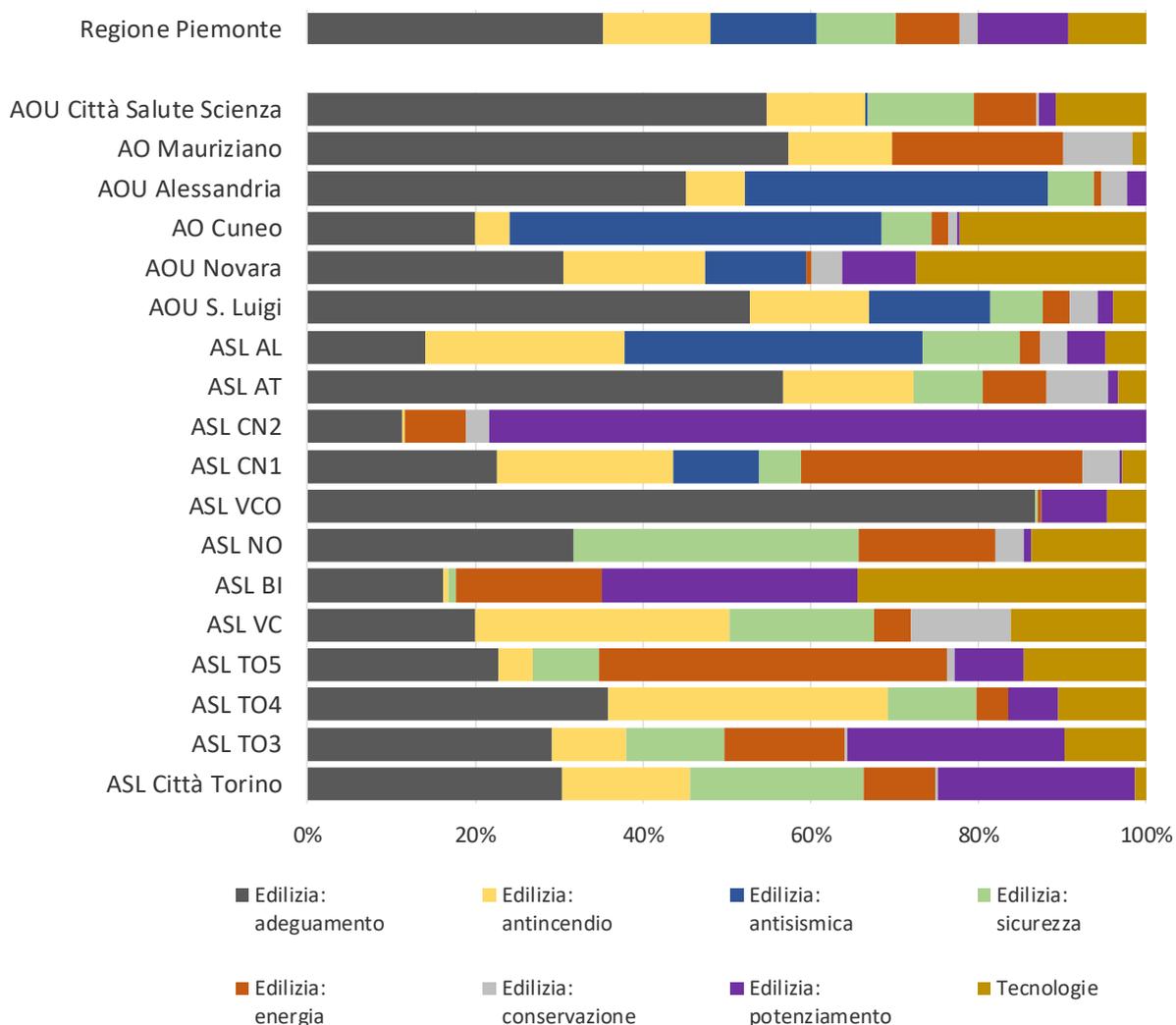
Figura 6: triennio 2024-2026 – ripartizione delle richieste di finanziamento per obiettivo (totale Regionale, esclusi nuovi ospedali)



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

La prevalenza dell'obiettivo di adeguamento delle strutture si riscontra a livello aziendale in 10 ASR, le altre ASR puntano ad obiettivi di potenziamento, miglioramento delle prestazioni energetiche e sicurezza (antisismica, antincendio e di operatori e pazienti).

Figura 7: triennio 2024-2026 – entità delle richieste di finanziamento per obiettivo (totale Aziende, esclusi nuovi ospedali)



Fonte: elaborazione a cura degli Autori

POTENZIALITA' EDILIZIE DEGLI OSPEDALI REGIONALI

Sostenibilità insediativa

Nell'anno 2024 **la superficie unitaria per posto letto è pari a circa 216 m²/pl**, escludendo dal computo la specialità 31 (nido), e a 208 m²/pl includendola. I valori sono confrontabili con quelli determinati nel 2023 (215 m²/pl e 208 m²/pl, senza e con la specialità 31).

Poiché la superficie unitaria per posto letto esistente è superiore a quella di riferimento per la progettazione ospedaliera, come determinabile interpretando la disciplina sull'accreditamento delle strutture sanitarie, che si orienta a superfici unitarie comprese fra i 100 ed i 150 m²/pl, il modello d'uso degli ospedali regionali è mediamente non intensivo.

Occorre però mettere in evidenza che la gestione dell'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da Covid ha imposto nuove riflessioni sul significato di ospedale e sulla sua organizzazione. In generale, la ridondanza dei collegamenti e dei percorsi e la disponibilità di spazi "polmone" possono conferire una maggiore flessibilità funzionale agli ospedali, comunque da mediare rispetto a requisiti di efficienza gestionale delle strutture, anche rispetto al significato che gli ospedali devono interpretare non solo a livello locale, bensì nel contesto della rete integrata.

Nella seguente tabella si riportano le superfici delle strutture ospedaliere di competenza delle diverse Aziende Sanitarie Regionali. Si riportano inoltre il numero dei posti letto effettivi (estrazione al 31 marzo 2023), il numero dei posti letto programmati dalla DGR 19 novembre 2014, n. 1-600 (riordino della rete ospedaliera) ed il numero dei posti letto potenziali, da intendersi come i letti che le strutture potrebbero ricevere in condizioni di piena sostenibilità insediativa, seppur a fronte di investimenti e nel rispetto dei vincoli del contesto di riferimento.

Tabella 8: ospedali pubblici: posti letto effettivi, programmati e potenziali

| Azienda | Superficie ospedaliera ¹ [m ²] | Posti letto potenziali ² [n] | Posti letto programmati ³ [n] | Posti letto effettivi ⁴ [n] |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ASL Città di Torino | 173.443 | 1.164 | 1.067 | 1.156 |
| ASL TO3 | 109.584 | 692 | 504 | 589 |
| ASL TO4 | 116.938 | 935 | 947 | 843 |
| ASL TO5 | 76.462 | 443 | 459 | 389 |
| ASL VC | 85.396 | 525 | 333 | 336 |
| ASL BI | 130.039 | 757 | 403 | 456 |
| ASL NO | 38.971 | 259 | 200 | 225 |
| ASL VCO | 88.555 | 585 | 353 | 364 |
| ASL CN1 | 168.786 | 909 | 579 | 550 |
| ASL CN2 | 120.812 | 762 | 306 | 355 |
| ASL AT | 132.544 | 694 | 497 | 482 |
| ASL AL | 180.346 | 1.032 | 704 | 605 |
| AOU Città della Salute e della Scienza di Torino | 424.879 | 2.761 | 1.821 | 1.848 |
| AOU San Luigi di Orbassano | 94.541 | 478 | 400 | 402 |
| AOU Maggiore della Carità di Novara | 119.563 | 797 | 711 | 626 |
| AO S. Croce e Carle di Cuneo | 102.166 | 681 | 681 | 656 |
| AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria | 131.994 | 817 | 650 | 648 |
| AO Mauriziano di Torino | 81.374 | 433 | 473 | 463 |
| TOTALE | 2.376.393 | 14.724 | 11.088 | 10.993 |

Note:

1. Superficie lorda coperta, come da Procedura EDISAN-DES, aggiornamento al 30 settembre 2024.
2. Numero dei posti letto che gli ospedali potrebbero attualmente ospitare in condizioni di piena sostenibilità insediativa. Per ogni struttura il numero dei posti letto potenziale si determina facendo riferimento alla superficie complessiva (sostenibilità globale) o alla superficie delle sole aree di degenza (sostenibilità locale). Fra i due valori si considera quello che più si avvicina al numero effettivo dei posti letto.
3. Indicazioni da DGR 1-600 e smi. Dal computo dei posti letto programmati ed effettivi sono escluse le culle (specialità 31).
4. Posti letto presenti nelle strutture ospedaliere, escluse le culle (specialità 31), 29 febbraio 2024.

Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Il numero dei posti letto presenti negli ospedali pubblici (10.993 unità, escluse le culle) assume un valore confrontabile con quello complessivamente previsto dalla programmazione regionale in materia di adeguamento della rete ospedaliera (11.088 unità, ex DGR 19 novembre 2014, n. 1-600 e smi), che, rispetto al numero complessivo dei posti letto, si può quindi riconoscere come sostanzialmente attuata.

La superficie degli ospedali pubblici a gestione diretta, pari a 2.376.393 m², ha una capacità insediativa complessiva di 14.724 posti letto e si presenta quindi come più generosa rispetto a quella che sarebbe necessaria a norma della DGR n. 1-600, che prevede 11.088 posti letto.

Considerato, però, che allo stato attuale il numero dei posti letto effettivi è confrontabile con quello dei posti letto programmati, è evidente che il margine insediativo corrisponda ad una mera potenzialità non immediatamente attualizzabile e che, anche nell'ipotesi della necessità di incrementare il numero dei posti letto, dovrebbe essere comunque valutata, in termini di fattibilità e di opportunità, rispetto ai vincoli tipologici, costruttivi, distributivi e normativi dell'esistente, nonché alle specifiche del degrado e dell'obsolescenza delle strutture, anche rispetto ai modelli organizzativi e funzionali effettivamente praticabili.

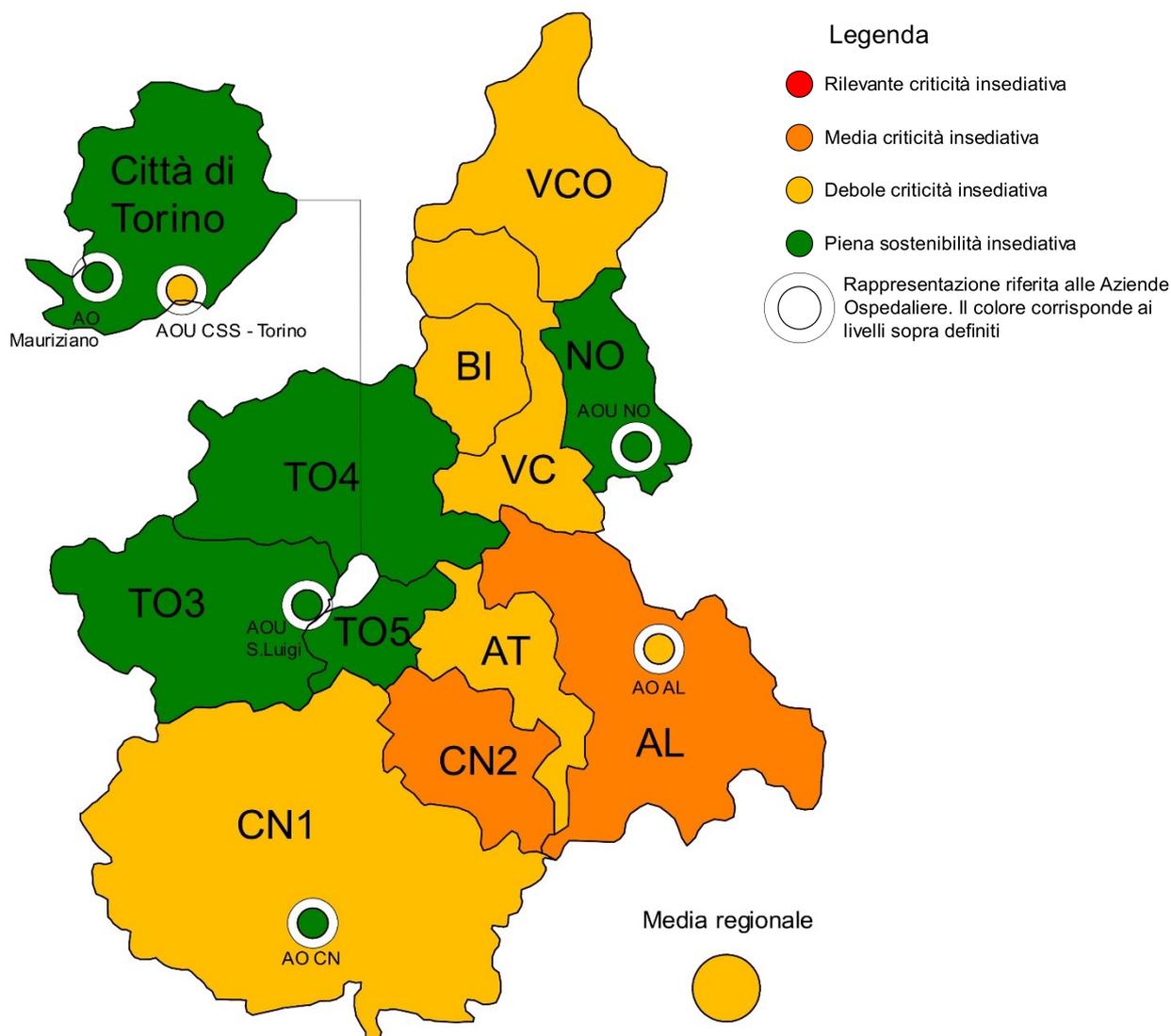
La generosità delle superfici ospedaliere ha un impatto sui costi per la gestione, la conduzione, la manutenzione e, nel medio periodo, per l'adeguamento, maggiori rispetto a quelli che sarebbero strettamente necessari se le strutture fossero dimensionate in modo da garantire una piena sostenibilità insediativa.

Rispetto alla manutenzione e con riferimento agli ospedali pubblici, ad esempio, il costo annuo stimato per gli interventi preventivi o correttivi, finalizzati al mantenimento o al ripristino delle prestazioni iniziali, anche con la sostituzione delle parti o delle componenti fisiologicamente destinate a consumarsi o ad usurarsi, ammonta a circa 222 milioni di euro (IVA inclusa).

Le realtà per le quali sono state rilevate le maggiori differenze - in termini percentuali - fra i posti letto attuali e quelli potenziali, sono quelle dell'ASL CN2 (Alba-Bra) e dell'ASL AL (Alessandria). Nel caso dell'ASL CN2 si tratta di una criticità derivante dal fatto che l'esercizio del nuovo ospedale di Verduno deve ancora essere consolidato. Nel caso dell'ASL AL la criticità deriva invece dalla complessa articolazione della rete ospedaliera locale e quindi sia dalle ridondanze di superfici a funzione analoga in più strutture, sia dalla presenza diffusa, in più ospedali, di superfici residuali rispetto a quelle inizialmente utilizzate, ma non più gestibili in modo efficiente a causa della progressiva contrazione o trasformazione dell'attività ospedaliera.

Per la rappresentazione dei livelli medi di sostenibilità insediativa dei presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte si veda la seguente *figura 8*.

Figura 8: sostenibilità insediativa nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Qualità strutturale

Il livello di qualità strutturale medio dei presidi ospedalieri a gestione diretta della Regione Piemonte è pari a circa il 72,8%, dove il 100% corrisponde al pieno soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento.

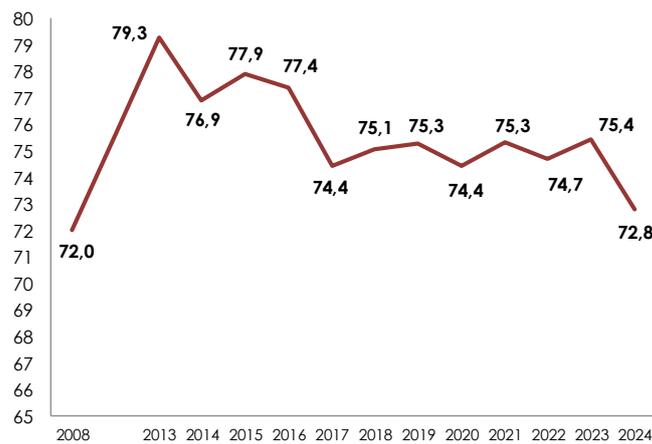
La diminuzione della percentuale di qualità strutturale rispetto al 2023 (dal 75,4% al 72,8%), se letta contestualmente all'esiguo incremento del fabbisogno complessivo per l'adeguamento degli ospedali (da 2,22 a 2,25 miliardi di euro), fa intendere che la stessa possa non corrispondere, necessariamente, ad un incremento dei livelli o degli assortimenti di criticità edilizie degli

ospedali, bensì ad una rivalutazione del peso delle criticità già esistenti nel perseguimento dell'obiettivo del pieno soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento. A tal proposito si ritiene che la rilevazione ministeriale condotta nell'estate del 2024 sull'adeguamento antisismico delle strutture sanitarie abbia sostenuto una più puntuale esplicitazione delle eventuali criticità di sicurezza e quindi la loro migliore considerazione nel quadro complessivo dei requisiti, per alcuni dei quali non sono ancora state completate le stime del fabbisogno necessario a riscontrarli. Ecco che tali criticità vengono considerate nelle analisi per la valutazione della qualità strutturale, ma non ancora nel fabbisogno complessivo per l'adeguamento.

Soffermandosi sul significato dei valori sopra riportati, si può quindi affermare che il controllo delle criticità edilizie degli ospedali esistenti per il pieno soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento sia comunque un obiettivo di medio periodo.

Le modalità con le quali, nel periodo del monitoraggio compreso fra il 2008 ed il 2024, si presenta la variabile in argomento sono rappresentate nella figura 9.

Figura 9: livelli di qualità strutturale dei presidi ospedalieri (media regionale), anni 2008-2024



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

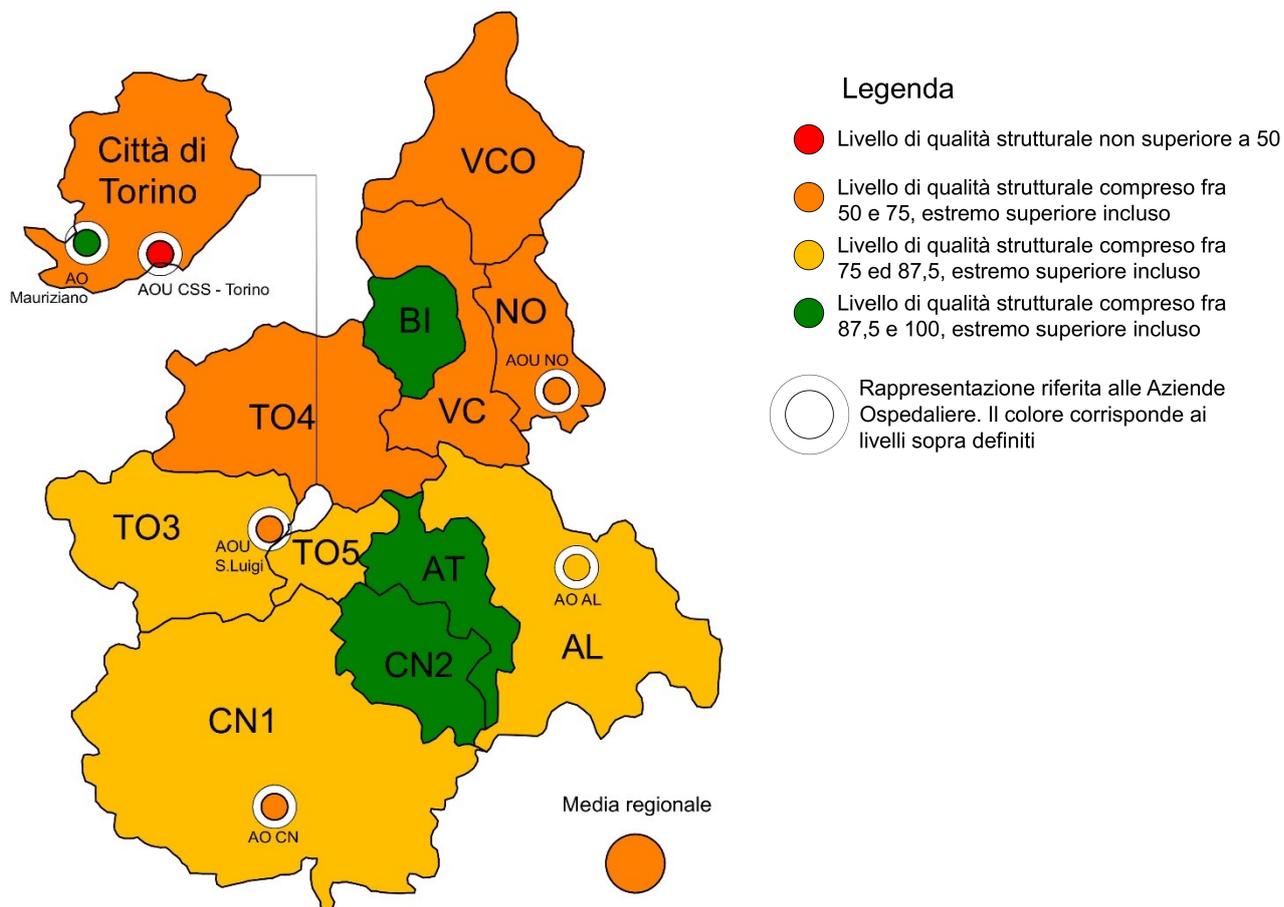
Le Aziende Sanitarie mediamente critiche in termini di qualità strutturali sono le seguenti⁸:

- AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (49,5%),
- AOU San Luigi di Orbassano (51,2%),
- ASL NO: Novara (57,4%),
- AOU Maggiore della Carità di Novara (65,7%),
- ASL VCO: Verbano-Cusio-Ossola (67,3%),
- ASL VC: Vercelli (70,3%),
- AO S.Croce e Carle di Cuneo (72,1%),
- ASL TO4 (74,4%),
- ASL Città di Torino (74,9%).

⁸ Nel presente documento sono considerate critiche le aziende che hanno un livello medio di qualità strutturale non superiore al 75% (mappate in rosso o in arancione nella figura 10).

Con riferimento ai valori di qualità strutturale riferiti alle singole Aziende si osservi la seguente figura 10.

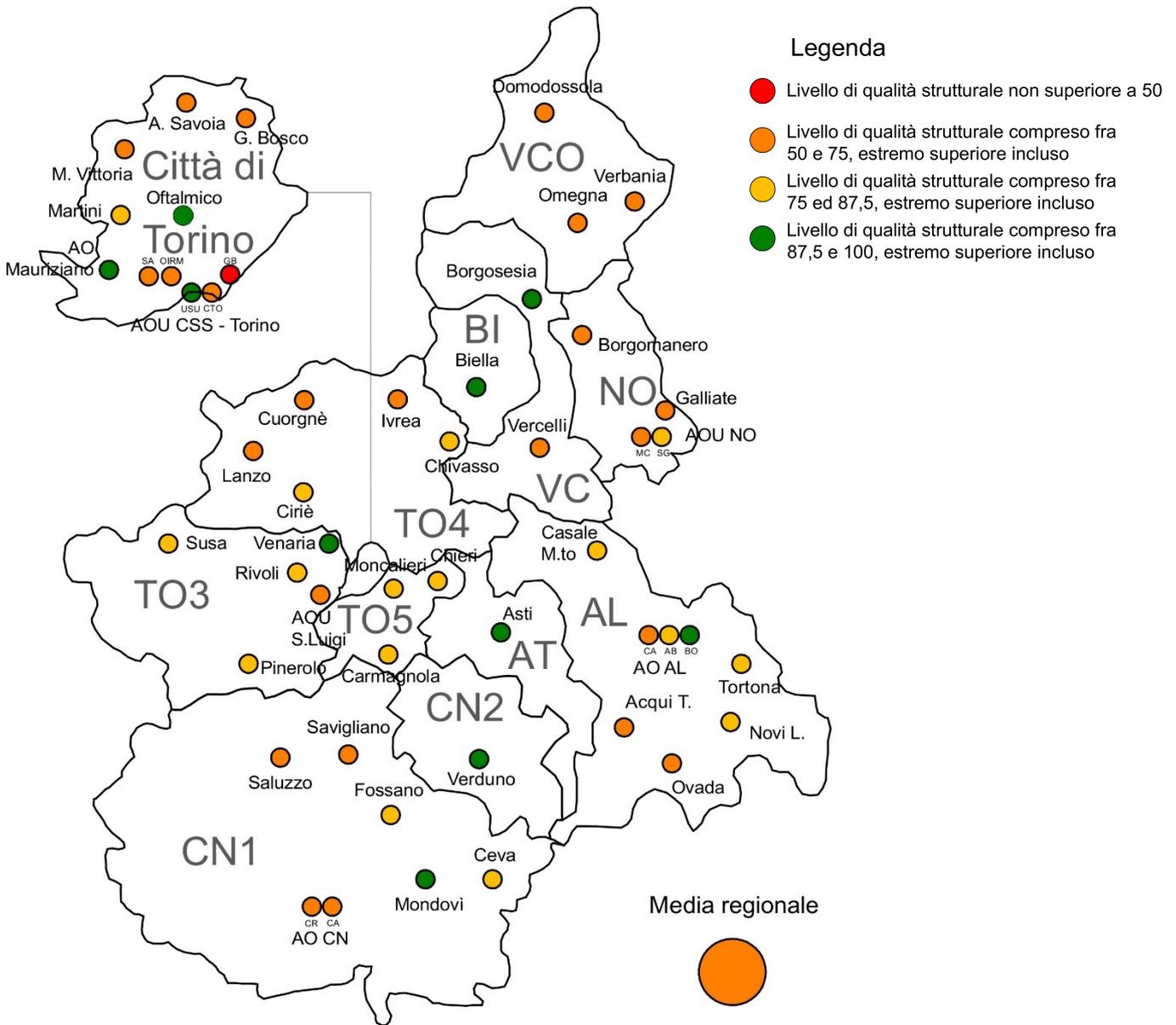
Figura 10: mappatura dei livelli di qualità strutturale dei presidi ospedalieri (medie Aziendali)



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Con riferimento al livello di qualità strutturale di ciascun presidio ospedaliero della Regione Piemonte, si rimanda alla rappresentazione di cui alla figura 11.

Figura 11: livelli di qualità strutturale dei presidi ospedalieri (singole strutture)



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Nota:

Per l'identificazione degli ospedali si veda la corrispondenza fra le sigle riportate nella figura e la denominazione descritta nell'Allegato.

Guardando alle singole strutture ospedaliere ed assumendo quella del 75% come una soglia al di sopra della quale si può sostenere che i requisiti strutturali per l'accreditamento siano sostanzialmente soddisfatti, si rileva che 25 presidi su 51 (il 49% circa) non raggiungono tale soglia e si presentano quindi come critici per qualità strutturale.

Età convenzionale

L'età convenzionale è un indicatore di obsolescenza perché esprime in quale misura una struttura ospedaliera è attuale rispetto ai requisiti di riferimento per la progettazione. Una struttura può quindi essere contemporaneamente obsoleta, perché superata rispetto ai modelli organizzativi, funzionali e costruttivi attuali, e con un'ottima qualità strutturale, perché ha mantenuto nel tempo livelli di prestazione tali da garantirne l'adeguatezza all'uso.

Il dominio dell'età convenzionale è compreso fra 0 ed 100, dove a valore maggiore corrisponde circostanza peggiore. Un valore soglia è 70, superato il quale si può ritenere che la struttura si sia affacciata verso l'ultima fase della propria vita utile: periodo durante il quale lo stato di obsolescenza può essere così importante da presentare limiti tecnici alla possibilità di essere controllato a mezzo di interventi di adeguamento con mezzi ordinari.

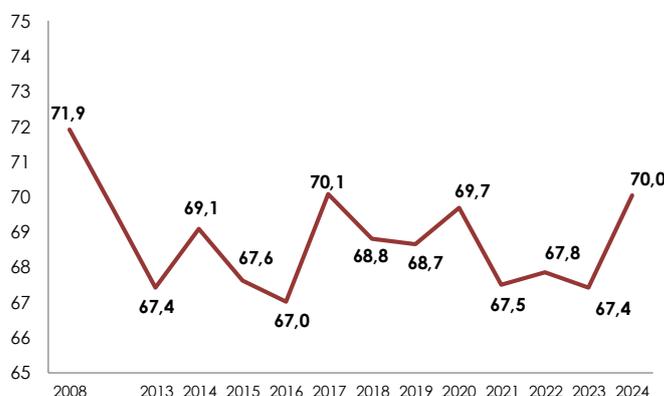
L'età convenzionale media degli ospedali pubblici a gestione diretta della Regione Piemonte calcolata nell'anno 2024 è pari a 70,0: valore coincidente con la soglia di attenzione sopra descritta.

L'aumento dell'età convenzionale fra il 2023 ed il 2024, da 67,4 a 70,0, si può interpretare, almeno in parte, in analogia a quanto già sostenuto per la qualità strutturale, ossia che la rivalutazione delle criticità antisismiche, oltre ad avere messo in evidenza un quadro prestazionale meno conforme a quello dei requisiti di riferimento (e quindi di minore qualità strutturale), abbia argomentato la non attualità delle strutture ai requisiti di sicurezza, anche solo in termini formali rispetto alle tempistiche procedurali per l'adeguamento.

Ciò nonostante, un livello di età convenzionale coincidente con la soglia di attenzione permette di sostenere che l'obsolescenza del patrimonio ospedaliero regionale sia un aspetto di sicuro interesse per la definizione di strategie per l'ammodernamento e l'innovazione, visto che può corrispondere a limiti tecnici alla realizzazione degli interventi con risorse e mezzi ordinari.

L'evoluzione dei valori di età convenzionale nel periodo di monitoraggio è quella riportata nella figura 12.

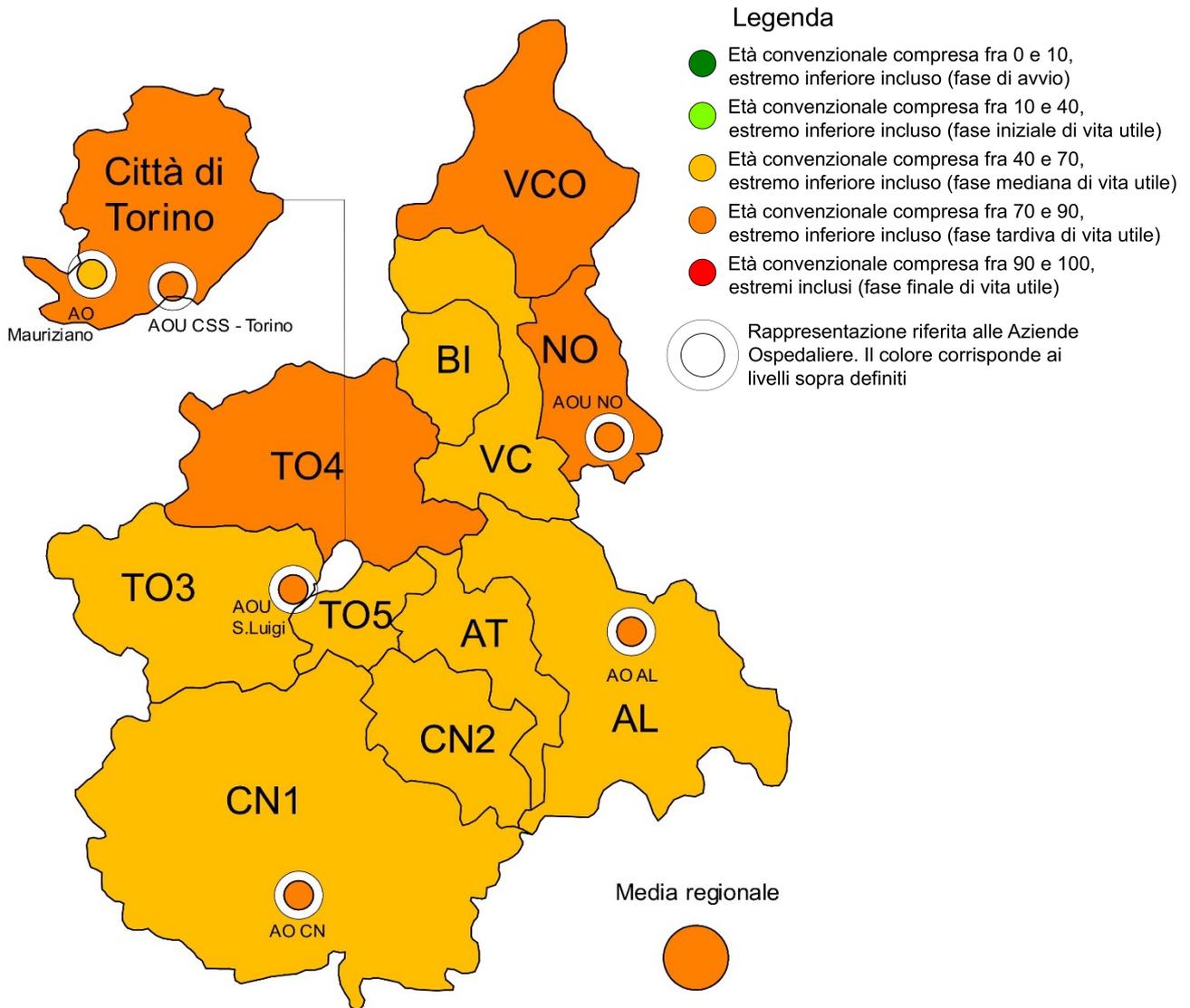
Figura 12: livelli di età convenzionale dei presidi ospedalieri (media regionale), anni 2008-2023



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Per le specifiche di Azienda si osservino la *figura 13* e la *figura 14*, rispettivamente rappresentanti la mappatura dell'età convenzionale media dei presidi ospedalieri di competenza di ciascuna Azienda Sanitaria regionale e la classe di età convenzionale di ogni presidio.

Figura 13: mappatura dei livelli di età convenzionale dei presidi ospedalieri (medie Aziendali)



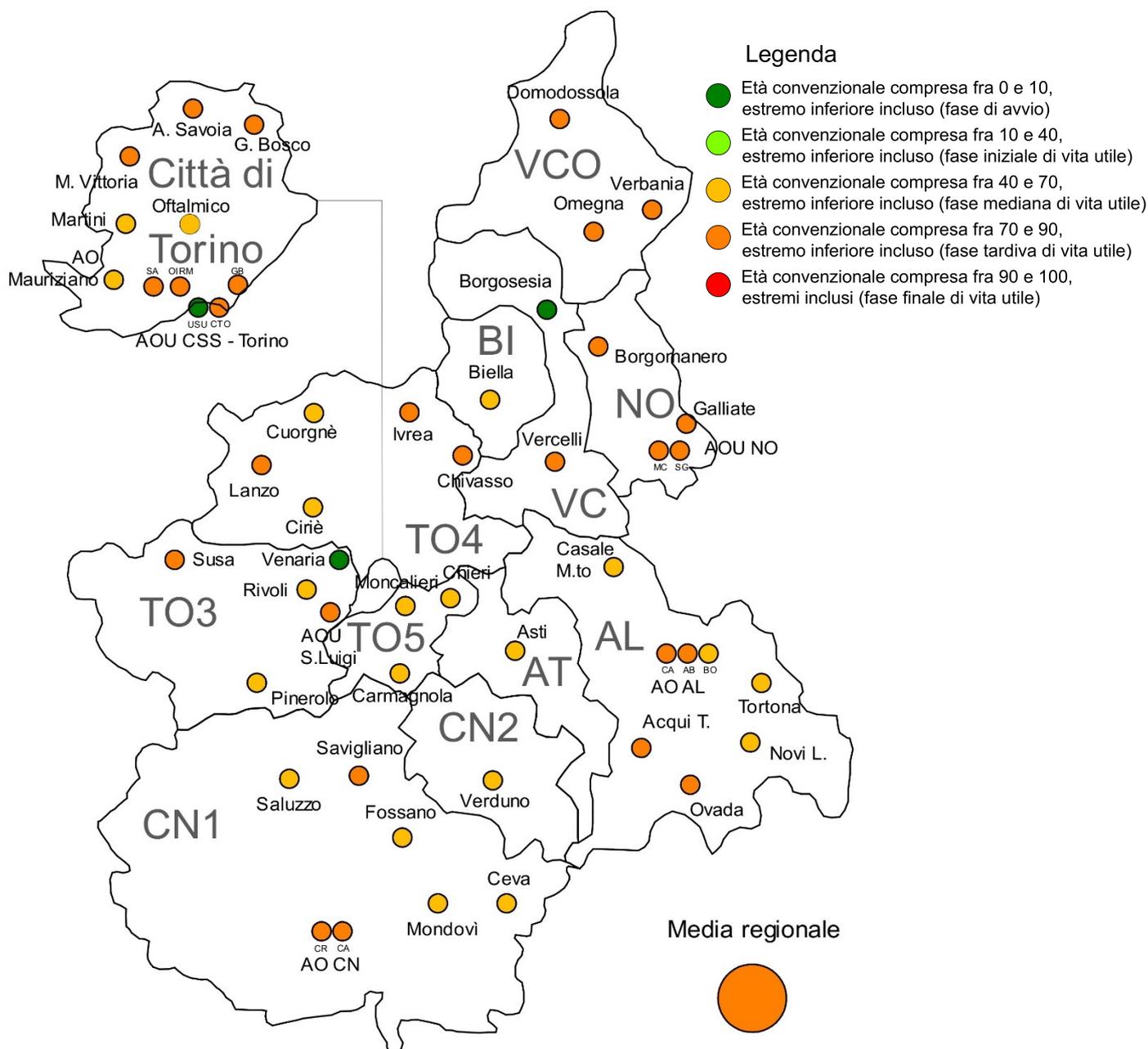
Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Le Aziende Sanitarie mediamente critiche in termini di obsolescenza sono le seguenti⁹:

⁹ Nel presente documento sono considerate critiche le aziende che hanno un livello medio di età convenzionale non inferiore a 70 e che quindi hanno strutture che mediamente si collocano nella fase tardiva o finale di vita utile (mappate in arancione o rosso nella *figura 13*). Si riporta un asterisco (*) davanti alle Aziende già descritte come mediamente critiche per qualità strutturale.

- AOU San Luigi di Orbassano (85,5),
- AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (83,3),
- ASL NO: Novara (82,0),
- AOU Maggiore della Carità di Novara (79,4),
- ASL VCO: Verbania-Cusio-Ossola (77,4),
- AO S.Croce e Carle di Cuneo (74,1),
- ASL Città di Torino (73,2),
- AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria (72,5),
- ASL TO4 (71,4).

Figura 14: classe di età convenzionale dei presidi ospedalieri (singole strutture)



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Rispetto all'obsolescenza si rileva che 27 strutture ospedaliere su 51 (il 53% circa) non sono attuali rispetto ai requisiti di riferimento, poiché, assunta convenzionalmente la durata della loro vita utile pari a 100, si presentano con un'età superiore a 70.

Attitudine all'uso, all'adeguamento o alla trasformazione

L'impegno di risorse per interventi in edilizia sanitaria deve confrontarsi con la disponibilità delle strutture alla loro realizzazione. Dalle elaborazioni svolte è stato possibile rilevare che nell'anno 2024 circa il **22% delle 51 strutture ospedaliere regionali non ha un significativo potenziale all'adeguamento o alla trasformazione** in quanto è costituito da strutture sostanzialmente non flessibili e con criticità intrinseche derivanti dalla tipologia costruttiva, dall'impianto tipologico, ovvero dalla presenza di vincoli normativi, che limitano la possibilità di realizzare con modalità e risorse ordinarie interventi di adeguamento diffusi ed intensivi. Tali presidi, infatti, appartengono alla prima fra le seguenti classi:

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

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

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

La ripartizione e le principali grandezze quantitative degli ospedali appartenenti a ciascuna delle quattro classi sopra descritte sono riportate in termini assoluti nella seguente tabella. Per i valori percentuali si vedano i grafici di seguito rappresentati.

Tabella 9: ripartizione dei presidi ospedalieri in classi di attitudine all'uso, all'adeguamento o alla trasformazione, anno 2022

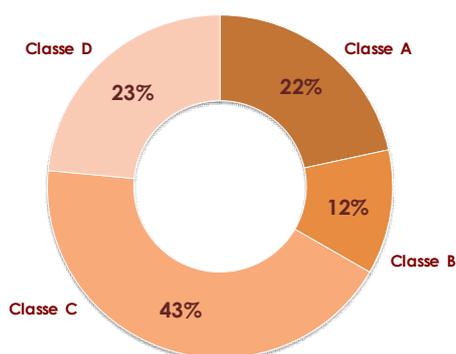
| | Classe | Numero strutture | Posti letto ¹ | Costi adeguamento [euro] ² | Superficie lorda ³ [mq] |
|-------------------------|--------------------------------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| A TRASFORMARE | Strutture critiche e non pienamente recuperabili | 11 | 2.729 | € 1.014.755.799 | 622.387 |
| B ADEGUARE | Strutture critiche, ma recuperabili | 6 | 1.589 | € 437.025.362 | 306.911 |
| C CONSERVARE | Strutture non critiche, ma non flessibili | 22 | 4.380 | € 595.376.932 | 807.368 |
| D GESTIRE | Strutture non critiche e flessibili | 12 | 2.295 | € 204.906.516 | 639.727 |
| TOTALE | | 51 | 10.993 | € 2.252.064.609 | 2.376.393 |

Note:

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

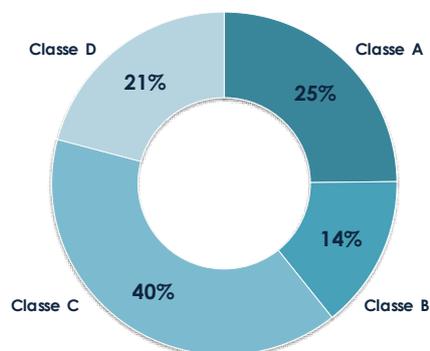
Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Figura 15: numero degli ospedali per classe (percentuale)



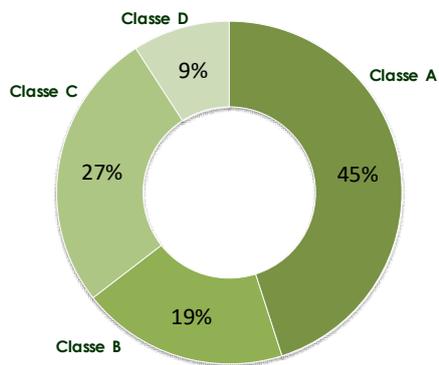
Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Figura 16: numero dei posti letto per classe (percentuale)



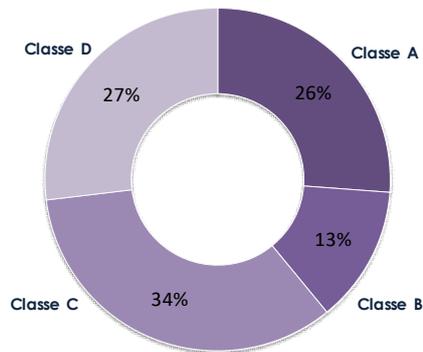
Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Figura 17: costi di adeguamento per classe (percentuale)



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Figura 18: superficie lorda degli ospedali per classe (percentuale)



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

Per 11 strutture ospedaliere (in Classe A), ospitanti 2.729 posti letto (specialità 31 esclusa) ed aventi un fabbisogno per l'adeguamento di circa un miliardo di euro (circa il 45% del fabbisogno complessivo), si pone il tema della definizione di una strategia che, nel contesto di uno scenario complessivo di trasformazione della rete sanitaria, possa permettere la loro trasformazione ad usi più compatibili, ovvero la loro innovazione o il loro adeguamento con risorse e mezzi straordinari.

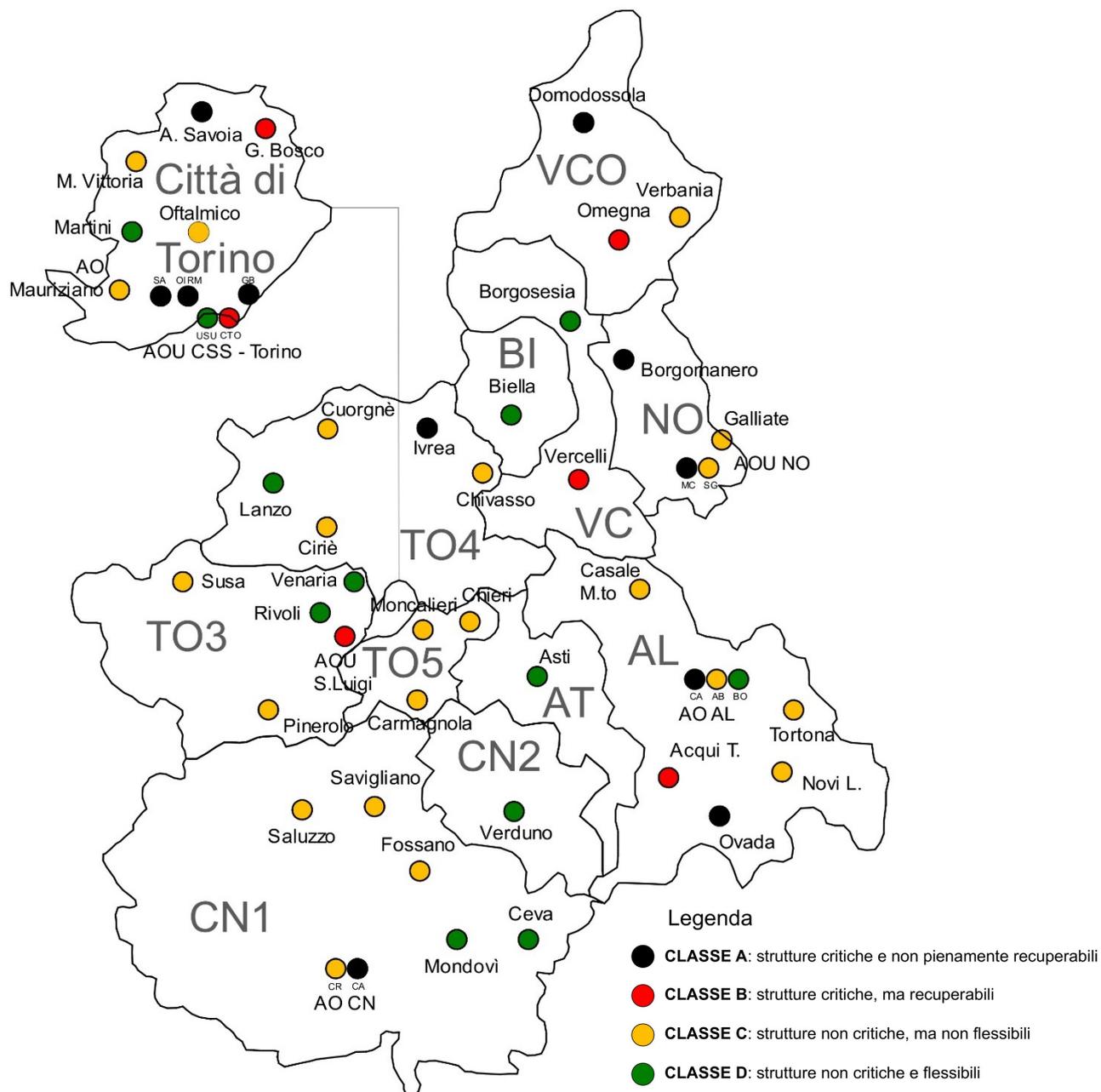
Nel dettaglio, le strutture in Classe A (critiche, ma non pienamente recuperabili con risorse e mezzi ordinari) sono le seguenti:

- Ospedale Amedeo di Savoia, ASL Città di Torino,
- Ospedale Civile di Ivrea, ASL TO4,
- Ospedale SS. Trinità di Borgomanero, ASL NO: Novara;
- Ospedale San Biagio di Domodossola, ASL VCO: Verbano-Cusio-Ossola;
- Ospedale Civile di Ovada, ASL AL: Alessandria;
- Ospedali S.G. Battista Molinette e S. Lazzaro, AOU CSS di Torino;

- Ospedale S. Anna, AOU CSS di Torino;
- Ospedale Infantile Regina Margherita, AOU CSS di Torino;
- Ospedale Maggiore della Carità, AOU Maggiore della Carità di Novara;
- Ospedale Carle, AO S. Croce e Carle di Cuneo;
- Ospedale Infantile Cesare Arrigo, AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria;

Per la rappresentazione delle classi di attitudine all'uso, all'adeguamento o alla trasformazione degli ospedali regionali si veda la seguente immagine.

Figura 19: classe di attitudine all'uso, all'adeguamento o alla trasformazione



Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

SINTESI DEI DATI

Nella presente sezione i dati introdotti in precedenza vengono aggregati per Azienda Sanitaria e poi per struttura ospedaliera.

Aggregazione per Azienda Sanitaria

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

Tabella 10: criticità per qualità strutturale ed obsolescenza delle Aziende Sanitarie Regionali

| Tipo Azienda | Numero di Aziende |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Critica solo per qualità strutturale | 1 ASL VC |
| Critica solo per obsolescenza | 1 AO Alessandria |
| Critica per qualità strutturale ed obsolescenza | 8 ASL Città di Torino, ASL TO4, ASL NO, ASL VCO, AO Cuneo, AOU CSS di Torino, AOU S. Luigi, AOU Novara |
| Non critica per qualità strutturale o per obsolescenza | 8 ASL TO3, ASL TO5, ASL BI, ASL CN1, ASL CN2, ASL AT, ASL AL, AO Mauriziano |

Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

La criticità per qualità strutturale e, contemporaneamente, quella per obsolescenza, restituiscono il significato dell'inadeguatezza dei sistemi tecnologici ed ambientali rispetto alle prestazioni attese e quello della loro non attualità, in termini tecnologici, funzionali, economici e normativi, rispetto ai requisiti di riferimento. Una centrale tecnologica, ad esempio, necessita di interventi di adeguamento per il ripristino delle prestazioni di alcune sue parti degradate, che però sono l'espressione di una tecnologia ormai obsoleta.

La criticità per obsolescenza, invece, restituisce il significato di sistemi tecnologici ed ambientali con prestazioni coerenti e conformi ai requisiti di riferimento, ma superati in termini tecnologici, funzionali, economici e normativi. La centrale tecnologica dell'esempio precedente, ad esempio, può essere perfettamente funzionante, ma non più utilizzabile perché, ad esem-

pio, la necessità di riscontrare altre esigenze ne ha precluso o condizionato l'utilizzo da un punto di vista normativo.

La criticità per qualità strutturale, infine, corrisponde all'inadeguatezza dei sistemi tecnologici ed ambientali ai requisiti di riferimento a causa del decadimento di prestazione (ad esempio per degrado). La centrale tecnologica dell'esempio precedente, ad esempio, può essere attuale rispetto ai requisiti di riferimento, ma non più funzionante alle condizioni previste a causa di danno o usura di alcune sue parti.

Aggregazione per Struttura Ospedaliera

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

Tabella 11: classificazione delle strutture ospedaliere per profilo di criticità

| Azienda Sanitaria | Denominazione Presidio | Profilo di criticità | | | |
|---------------------|----------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | | Livello di qualità strutturale | Livello di età convenzionale | Rapporto fra costi di adeguamento e valore di sostituzione | Appartenenza alla Classe A |
| ASL Città di Torino | Ospedale Oftalmico | | | | |
| | Ospedale ORL Martini di Torino | | | | |
| | Ospedale Amedeo di Savoia di Torino | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Ospedale Maria Vittoria di Torino | ✓ | ✓ | | |
| | Ospedale S. Giovanni Bosco di Torino | ✓ | ✓ | ✓ | |
| ASL TO3 | Ospedale degli Infermi di Rivoli | | | | |
| | Ospedale Civile di Susa | | ✓ | | |
| | Ospedale Civile E. Agnelli di Pinerolo | | | | |
| | Nuovo ospedale di Venaria | | | | |
| ASL TO4 | Ospedale Riunito, sede di Ciriè | | | | |
| | Ospedale Riunito, sede di Lanzo | ✓ | ✓ | ✓ | |
| | Ospedale Civile di Chivasso | | ✓ | | |
| | Ospedale Civile di Ivrea | ✓ | ✓ | | ✓ |
| | Ospedale Civile di Cuornè | ✓ | | | |
| ASL TO5 | Ospedale Maggiore di Chieri | | | | |
| | Ospedale Santa Croce di Moncalieri | | | | |
| | Ospedale San Lorenzo di Carmagnola | | | | |
| ASL VC | Ospedale S. Andrea di Vercelli | ✓ | ✓ | ✓ | |

| Azienda Sanitaria | Denominazione Presidio | Profilo di criticità | | | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | | Livello di qualità strutturale | Livello di età convenzionale | Rapporto fra costi di adeguamento e valore di sostituzione | Appartenenza alla Classe A |
| | Ospedale SS. Pietro e Paolo di Borgosesia | | | | |
| ASL BI | Nuovo ospedale di Biella | | | | |
| ASL NO | Ospedale SS. Trinità di Borgomanero | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ASL VCO | Ospedale San Biagio di Domodossola | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Stabilimento Ospedaliero Castelli di Verbania | ✓ | ✓ | | |
| | Ospedale Madonna del Popolo di Omegna | ✓ | ✓ | ✓ | |
| ASL CN1 | Ospedale di Ceva | | | | |
| | Ospedale di Mondovì | | | | |
| | Ospedale Maggiore SS. Annunziata di Savigliano | ✓ | ✓ | | |
| | Ospedale Civile di Saluzzo | ✓ | | | |
| | Ospedale Maggiore SS. Trinità di Fossano | | | | |
| ASL CN2 | Nuovo ospedale di Verduno | | | | |
| ASL AT | Ospedale Cardinal G. Massaia di Asti | | | | |
| ASL AL | Ospedale SS. Antonio e Margherita di Tortona | | | | |
| | Ospedale Santo Spirito di Casale Monferrato | | | | |
| | Ospedale San Giacomo di Novi Ligure | | | | |
| | Ospedale Civile di Acqui Terme | ✓ | ✓ | | |
| | Ospedale Civile di Ovada | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| AOU Città della Salute e della Scienza | Ospedali S.G. Battista Molinette e S. Lazzaro di Torino | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Centro Traumatologico Ortopedico di Torino | ✓ | ✓ | ✓ | |
| | Unità Spinale Unipolare di Torino | | | | |
| | Ospedale Ostetrico Ginecologico S. Anna di Torino | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| AOU San Luigi di Orbassano | Ospedale San Luigi di Orbassano | ✓ | ✓ | ✓ | |
| AOU Maggiore della Carità di Novara | Ospedale Maggiore della Carità di Novara | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Ospedale San Giuliano di Novara | | ✓ | | |
| | Ospedale San Rocco di Galliate di Novara | ✓ | ✓ | | |
| AO S. Croce e Carle di Cuneo | Ospedale S. Croce di Cuneo | ✓ | ✓ | | |
| | Ospedale Carle di Cuneo | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria | Ospedale Infantile Cesare Arrigo di Alessandria | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Ospedale Civile SS. Antonio e Biagio di Alessandria | | ✓ | | |
| | CRP Borsalino di Alessandria | | | | |
| AO Mauriziano di Torino | Ospedale Mauriziano di Torino | | | | |

Fonte: elaborazione a cura degli Autori.

I profili di criticità più rilevanti sono quelli delle strutture per le quali i quattro criteri (qualità strutturale, età convenzionale, intensità di intervento ed appartenenza alla Classe A) hanno restituito modalità sfavorevoli. Tali strutture, infatti, sono critiche da un punto di vista edilizio, ma non sono pienamente recuperabili a causa dei vincoli tipologici, costruttivi o normativi che le caratterizzano. Per queste strutture, in sostanza, il soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento è un obiettivo che non può più essere perseguito nell'esistente con risorse e mezzi ordinari, ma che può essere ricercato con strategie per l'innovazione a livello locale o di rete.

Ipotizzando che l'appartenenza di queste strutture ad Aziende a loro volta identificate come critiche sia per qualità strutturale, sia per età convenzionale, sia un criterio per identificare gli ambiti di interesse per l'innovazione - perché la criticità locale non può essere mitigata dall'organizzazione della rete locale, a sua volta critica - si segnalano le seguenti Aziende come riferimento per la definizione di strategie di trasformazione:

- ASL Città di Torino,
- ASL NO di Novara,
- ASL VCO del Verbano-Cusio-Ossola,
- AO S.Croce e Carle di Cuneo,
- AOU Città della Salute e della Scienza di Torino,
- AOU Maggiore della Carità di Novara.

CAPITOLO 2

POLITICHE DI INVESTIMENTO: ESITI ED INDIRIZZI

Politiche di investimento: esiti

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

- **FASE 1:** dal 2008 al 2013 (QS: 72,0% ↗ 79,3%): si rileva un importante miglioramento delle condizioni strutturali degli ospedali per effetto degli interventi edilizi attivati nella cornice dell'Accordo di Programma quadro per gli investimenti in edilizia sanitaria sottoscritto nel 2008¹⁰. Gli interventi compresi nell'Accordo di Programma riguardavano tanto l'adeguamento dell'esistente, quanto l'innovazione mediante la previsione di realizzazione di nuovi ospedali. Poiché l'Accordo di Programma era sostanzialmente costituito dal repertorio organizzato delle richieste di finanziamento presentate dalle singole Aziende Sanitarie, la sua finalità può essere ricercata nel miglioramento dell'esistente tramite il riscontro a criticità rilevanti alla scala locale, ma non nell'ambizione di operare un governo complessivo dell'evoluzione della rete ospedaliera Regionale tramite assi od ambiti di intervento prioritari a livello centrale. Il tema del miglioramento alla scala locale va quindi letto contestualmente a quello dell'appropriatezza a livello centrale e quindi con il rischio di realizzare, sulla base di criteri di programmazione fondati sul riparto territoriale, interventi poi non pienamente valorizzabili nel contesto dell'evoluzione dell'intera rete ospedaliera. I benefici della prima fase di attuazione dell'Accordo di Programma furono comunque evidenti ed importanti in termini di miglioramento della qualità strutturale dei presidi ospedalieri, della riduzione della loro età convenzionale e della contrazione del loro fabbisogno per l'adeguamento.

¹⁰ Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Regione Piemonte, *Accordo di Programma integrativo 2008 per il settore degli investimenti sanitari*, 26 marzo 2008; **fonte:** http://www.salute.gov.it/portale/temi/investimenti/accordi/C_17_pagineAree_357_listaFile_itemName_12_file.pdf. Si veda anche la DCR 19 giugno 2007, n. 131-23049, *Approvazione del Programma degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di un nuovo accordo di programma tra Stato e Regione*, con la quale sono stati licenziati gli interventi da comprendere dell'Accordo di programma in argomento.

- **FASE 2**, dal 2013 al 2014 (QS: 79,3% ⇔ 76,9%): si assiste al peggioramento delle condizioni strutturali degli ospedali e all'incremento del fabbisogno per il loro adeguamento. Se, infatti, la sopraggiunta indisponibilità di risorse per l'attuazione degli interventi previsti dall'Accordo di Programma del 2008¹¹ ha arrestato, da un lato, i benefici che sarebbero potuti derivare dall'attuazione degli interventi in esso previsti, dall'altro l'incertezza sugli obiettivi e sulle strategie di un quadro programmatico complessivo ha precluso, almeno nel breve periodo, l'attuazione di interventi alternativi a quelli previsti nell'Accordo di Programma non più attuato, ovvero la loro riproposizione tramite altri canali di programmazione e finanziamento. La mancanza di risorse per l'attuazione di interventi di adeguamento e l'incertezza sulla definizione di strategie di intervento alternative all'Accordo di Programma non hanno potuto contrastare il fisiologico peggioramento delle condizioni strutturali degli ospedali, aggravato dal progressivo venire meno delle misure organizzative o di manutenzione temporanee che erano state avviate nell'aspettativa di condurre gli interventi di adeguamento ammessi a finanziamento, ma poi non realizzati.

- **FASE 3**, dal 2014 al 2016 (QS: 76,9% ⇔ 77,4%): le strategie di riordino della rete ospedaliera (DGR 19 novembre 2014, n. 1-600 e smi) hanno riscontrato il tema dell'appropriatezza degli interventi di adeguamento consistenti alla scala locale finalizzandoli ad obiettivi complessivi di trasformazione e specializzazione della rete ospedaliera. Al criterio di programmazione improntato all'adeguamento diffuso dell'esistente è quindi subentrato quello per obiettivi specifici, da declinare con valutazioni di opportunità e pertinenza alla programmazione sanitaria in materia di riordino della rete ospedaliera e poi di potenziamento della rete territoriale. In questo contesto alle strategie per l'innovazione sono state fatte corrispondere progettualità per la nuova realizzazione di ospedali, ovvero per la riconversione delle strutture da estromettere dalla rete ospedaliera, anche rispetto alla loro inidoneità a quelli che erano gli usi correnti. L'estromissione dalla rete ospedaliera di tali strutture, identificate già dal PSSR 2012-2015¹², congiuntamente agli investimenti puntuali e per obiettivi prioritari sostenuti per l'adeguamento dell'esistente e all'entrata in esercizio di nuovi ospedali, hanno quindi saputo contrastare il progressivo peggioramento delle condizioni strutturali degli ospedali rimasti in esercizio. La compensazione degli effetti dei due fenomeni è resa evidente dal fatto che le condizioni strutturali degli ospedali non sono state interessate da significative variazioni nel triennio compreso fra il 2014 ed il 2016.

¹¹ Si vedano le DGR di attuazione dell'Accordo di programma del 2008: Regione Piemonte, DGR 16 giugno 2008, n. 49-8994, *Programmazione investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie. Approvazione elenco interventi ammissibili al finanziamento e relativo riparto tra le Aziende Sanitarie Regionali delle risorse previste sul cap. 246973 e sul cap. 248779 per gli anni 2008, 2009 e 2010*, che aveva previsto interventi per circa 195 milioni di euro (di cui circa 187 milioni di euro a valere sull'art. 20 della legge n. 67/1988 e circa 8 milioni di euro a valere sul programma per la libera professione intramuraria), e la DGR 13 luglio 2009, n. 40-11758, *Programmazione investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie. Approvazione elenco interventi ammissibili al finanziamento e relativo riparto tra le Aziende Sanitarie regionali delle risorse previste su capitoli di bilancio per gli anni 2009 e successivi*, che aveva previsto interventi per circa 64 milioni di euro. Entrambe le DGR hanno avuto solo parziale attuazione.

¹² Si veda l'Allegato alla DCR 3 aprile 2012, n. 167-14087, *Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni-sovrazionali*, pagg. 60-61.

- **FASE 4**, dal 2016 al 2017 (QS: 77,4% ↘ 74,4%): si assiste ad un peggioramento delle condizioni strutturali degli ospedali. Poiché l'uscita dalla rete ospedaliera di gran parte delle strutture più compromesse si era già verificata negli anni precedenti - quando il numero delle strutture ospedaliere pubbliche a gestione diretta era passato da 64 (gennaio 2013) a 54 (dicembre 2016) - e gli investimenti in edilizia sanitaria avevano saputo riscontrare solo le necessità prioritarie degli interventi che componevano il fabbisogno complessivo, come quelle in materia di sicurezza, non è stato possibile contrastare il progressivo peggioramento delle condizioni strutturali degli ospedali esistenti, che - infatti - fra il 2016 ed il 2017 hanno determinato un decremento del livello medio di qualità strutturale ed un aumento sia dell'età convenzionale, sia del fabbisogno per l'adeguamento. L'età convenzionale media, in particolare, aveva assunto un valore superiore a 70, che si assume come una soglia di criticità poiché segna il passaggio dalla fase mediana a quella tardiva della vita utile delle strutture e quindi l'impossibilità di condurre con mezzi ordinari un ripristino od un adeguamento integrale delle strutture. Nel 2017, in particolare, il fabbisogno per l'adeguamento ha superato per entità quello determinato nel 2008, prima dell'Accordo di Programma per investimenti in edilizia sanitaria prima menzionato (arrivando ad 1,72 miliardi di euro rispetto al valore di 1,65 miliardi di euro stimato nel 2008).

- **FASE 5**, dal 2017 al 2019 (QS: 74,4% ↗ 75,3%): si arresta il decremento osservato nella fase precedente e si rileva un miglioramento delle condizioni strutturali degli ospedali. Tale circostanza è determinata da due contributi. Il primo è la realizzazione di interventi puntuali di adeguamento, soprattutto in materia di sicurezza antincendio, che hanno inciso direttamente sul livello di qualità strutturale degli ospedali¹³. Il secondo contributo è invece indiretto e dipende dalla progressiva riduzione del fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali. Tale contrazione non dipende però dalla risoluzione delle criticità esistenti con interventi edilizi, bensì dal fatto che tali criticità risultano ridimensionate o non più consistenti per effetto delle trasformazioni in atto o previste nella rete ospedaliera regionale. Tali trasformazioni hanno riguardato l'ulteriore estromissione di strutture dalla rete ospedaliera e riordini locali, operati a livello delle singole Aziende Sanitarie con l'obiettivo di restituire le strutture a profili di attività più compatibili, anche con l'adozione di opportune misure organizzative e gestionali. Lo sviluppo e la nuova previsione di progettualità relative a nuovi ospedali, in particolare, ha sostenuto la puntualità degli interventi di adeguamento indifferibili ed, al tempo stesso, il potenziamento delle misure organizzative e gestionali per la sostenibilità delle attività nelle strutture presso le quali sono svolte funzioni in relazione con quelle previste per i nuovi ospedali nei loro stessi ambiti territoriali. L'efficacia delle strategie dell'adeguamento per obiettivi e del riordino locale, sostenuto anche da opportune misure organizzative e gestionali, è dimostrata dal fatto che nell'anno 2019, rispetto al 2017, il fabbisogno per l'adeguamento si è contratto (da 1,72 ad 1,65 miliardi di euro) e che ad un incremento del livello medio di qualità strutturale (dal 74,4% al 75,3%) è corrisposta una diminuzione dell'età convenzionale (da 70,1 a 68,7), che ha assunto un valore inferiore a quello della soglia di criticità prima descritta.

¹³ Si veda la DGR n. 17-5195 del 19 giugno 2017: "PAR FSC 2007/2013 - ASSE V "Edilizia sanitaria" - Approvazione dello schema dell'Accordo di Programma Quadro (APQ) per "Interventi di ammodernamento e messa in sicurezza dei presidi ospedalieri piemontesi", ai sensi della Delibera CIPE 41/2012."

- **FASE 6**, dal 2019 al 2021 (QS: 75,3% ⇔ 75,3%): la ripresa rilevata nel triennio 2017-2019 è stata bruscamente interrotta dall'emergenza sanitaria determinata dal COVID, che si è presentata con sfide che hanno imposto riflessioni sul significato complessivo del Servizio Sanitario. Gli ospedali, in particolare, hanno dovuto confrontarsi con nuovi ed urgenti bisogni di salute e, se da un lato hanno potuto beneficiare della specializzazione determinata dalle strategie di riordino della rete ospedaliera, dall'altro hanno dovuto compensare gli effetti dell'incompiuto potenziamento e consolidamento della rete territoriale. Il rapporto ospedale-ospedale, derivante dalla specializzazione della rete ospedaliera, ed il rapporto ospedale-territorio, derivante dalla necessità di gestire percorsi di cura articolati per prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, sono stati centrali nel dibattito sulle strategie per riscontrare l'emergenza sanitaria. La consapevolezza del fatto che tali strategie avrebbero dovuto avere non solo l'ambizione di riscontrare l'emergenza sanitaria in corso, bensì, anche, l'obiettivo di accompagnare l'evoluzione complessiva della rete ospedaliera e della rete territoriale è poi emersa a seguito del Decreto Rilancio (DL 19 maggio 2020, n. 34), che, con l'incremento dei posti letto per la terapia intensiva e della terapia sub-intensiva, ha inciso ulteriormente sulla loro specializzazione sul fronte dell'alta complessità e, con il potenziamento della rete territoriale, ha messo in evidenza l'importanza del comparto non ospedaliero nella funzionalità complessiva del sistema sanitario. Si tratta di un ruolo strategico confermato ad ancor più enfatizzato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che, con la realizzazione di Ospedali di comunità, di Case di comunità e di Centrali operative territoriali, punta al potenziamento dell'offerta territoriale non solo nel comparto di pertinenza, ma anche – e soprattutto – nell'interfaccia con il comparto ospedaliero, proprio con l'obiettivo della ricerca di una continuità del tipo ospedale-territorio e della costituzione di percorsi integrati di cura. Tali principi risultano attualmente affermati anche dal DM 77 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.144 del 22 giugno 2022), riguardante *“Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN”*. La ripresa rilevata nel triennio 2017-2019 è stata interrotta dalla straordinaria sollecitazione indotta dalla pandemia da Covid. Nell'anno 2020, infatti, si è rilevato un peggioramento in termini di qualità strutturale, di obsolescenza e di fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali. Si è trattato di un peggioramento determinato non tanto dal decadimento di caratteristiche proprie degli ospedali, bensì dalla loro difficoltà di adattarsi, almeno nel brevissimo periodo, al più severo quadro esigenziale determinato dalla necessità di gestire la pandemia da Covid. Dopo i primi interventi per il potenziamento delle aree ad alta intensità e dei pronto soccorso e, parallelamente, degli investimenti per l'adeguamento degli ambiti e dei sistemi a questi connessi, ma al servizio generale degli ospedali, come i percorsi, gli impianti e le centrali, è stato possibile contenere gli effetti del peggioramento iniziale, fino a rendere la condizione degli ospedali confrontabile, in termini di qualità strutturale, con quella del 2019. L'entrata in esercizio del nuovo ospedale di Verduno (ASL CN2), l'estromissione dalla rete ospedaliera degli ospedali di Alba e Bra (ASL CN2) e la trasformazione dell'ospedale di Pomaretto (ASL TO3), inoltre, hanno contribuito alla riduzione dell'obsolescenza media del patrimonio ospedaliero regionale. Rispetto al 2019 aumenta però l'entità del fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali esistenti proprio a causa delle trasformazioni di ordine organizzativo e strutturale che, determinate dalla necessità di fronteggiare la pandemia da Covid, caratterizzeranno gli assetti e le funzioni degli ospedali.

- **FASE 7**, dal 2021 al 2023 (QS: 75,3% ⇔ 75,4%): le condizioni strutturali degli ospedali confermano, mediamente, la loro sostanziale adeguatezza ai requisiti per l'accreditamento. La conferma del livello di qualità strutturale è il risultato di un equilibrio fra due pulsioni aventi verso opposto. Da un lato l'incremento dei prezzi in edilizia ha reso più gravosa la realizzazione degli interventi di adeguamento degli ospedali; dall'altro la programmazione per il potenziamento della rete di prossimità, per l'allestimento tecnologico e per il miglioramento delle condizioni strutturali degli ospedali discendenti dal PNRR hanno permesso l'avvio di interventi puntuali di adeguamento, nonché una rivalutazione delle criticità attuali in chiave prospettica, ragionando, anche in termini organizzativi, sul ruolo dell'ospedale della rete integrata.
- **FASE 8**, dal 2023 al 2024 (QS: 75,4% ⇔ 72,8%): la qualità strutturale diminuisce e, parallelamente, l'età convenzionale aumenta, senza significativi incrementi del fabbisogno complessivo per l'adeguamento degli ospedali. La rilevazione ministeriale condotta nell'estate del 2024 ha infatti permesso alle Aziende di aggiornare o sviluppare ulteriormente le analisi condotte per l'adeguamento dei presidi alla disciplina antisismica e di avere quindi una maggiore contezza della misura della conformità ai relativi requisiti da riscontrare. La consapevolezza della necessità di un impegno ulteriore per il pieno perseguimento degli obiettivi di sicurezza ai sismi ha avuto effetto sulla qualità strutturale, penalizzandola, e, parallelamente, sull'età convenzionale, in quanto i presidi esistenti, non già adeguati, scontano l'obsolescenza tecnica rispetto alla normativa. Il mancato effetto sul fabbisogno per l'adeguamento è infine dovuto alla necessità di completare la quantificazione del fabbisogno residuo, in subordine agli esiti delle verifiche antisismiche e delle successive ipotesi di intervento.

Politiche di investimento: indirizzi

Guardando al comparto ospedaliero, dalle analisi svolte si ritiene che allo stato attuale i seguenti argomenti possano costituire indirizzi per la definizione di strategie di adeguamento o trasformazione della rete ospedaliera:

- Le superfici ospedaliere sono in esubero rispetto a quelle che sarebbero strettamente necessarie per ospitare in condizioni di piena sostenibilità i posti letto previsti dalla programmazione sanitaria. Considerato però che lo stato di obsolescenza ed i vincoli di natura tipologica, costruttiva o normativa che caratterizzano parte del patrimonio ospedaliero regionale non permettono la valorizzazione della sua potenzialità insediativa residua - se non, eventualmente, in termini di ampliamento di funzioni già svolte presso le singole strutture e, comunque, a fronte di investimenti - e che tale valorizzazione non è sostenuta dalla DGR n. 1-600 del 19 novembre 2014, l'esubero di superfici comporta riflessioni sull'opportunità di definire **strategie per l'efficientamento dell'esistente rispetto a criteri di sostenibilità gestionale**, con particolare riferimento ai costi di conduzione, manutenzione ed adeguamento delle porzioni ospedaliere non utilizzate, ma per le quali è comunque necessario soddisfare i requisiti di riferimento, perché, ad esempio, strettamente connesse all'impianto tipologico generale del presidio.

- Parte del patrimonio ospedaliero non può più essere pienamente recuperato con risorse ed interventi ordinari a causa dell'obsolescenza e dei vincoli tipologici, costruttivi o normativi che lo caratterizzano. Questa criticità riguarda 11 strutture ospedaliere su 51 (in Classe A). Tutte queste strutture sono critiche, da un punto di vista edilizio, rispetto agli usi attuali. Tale circostanza sostiene l'opportunità di definire delle **strategie per l'innovazione delle strutture nel contesto generale dello sviluppo complessivo della rete ospedaliera**.

A questo proposito, considerando come ambiti di interesse per l'innovazione quelli delle Aziende mediamente critiche sia per qualità strutturale, sia per età convenzionale e comprendenti almeno una struttura penalizzata da tutti e quattro i criteri del profilo di criticità (qualità strutturale, età convenzionale, intensità di intervento ed appartenenza alla Classe A), si possono identificare le seguenti Aziende: ASL Città di Torino, ASL NO di Novara, ASL VCO del Verbano-Cusio-Ossola, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, AO Maggiore della Carità di Novara e AO S. Croce e Carle di Cuneo, che comprendono 8 delle 11 strutture non più pienamente recuperabili con risorse e mezzi ordinari. Gli altri 3 presidi degli 11 qui considerati sono quello di Ovada (ASL AL di Alessandria), il Cesare Arrigo (dell'AO di Alessandria) e quello di Ivrea (ASL TO4 della Provincia di Torino). I primi due appartengono ad Aziende mediamente non critiche sia per qualità strutturale, sia per età convenzionale. Il presidio di Ivrea, invece, pur appartenendo ad un'Azienda mediamente critica sia per qualità strutturale, sia per età convenzionale, non è critico per intensità di intervento.

- Il fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali, stimato in circa 2,25 miliardi di euro, è di entità tale da determinare la necessità di programmare gli interventi sulla base di criteri di priorità, che devono legarsi a quelli di opportunità e di appropriatezza. L'opportunità dipende dal fatto che la struttura interessata sia effettivamente disponibile all'adeguamento, ossia capace di migliorare a seguito della sua realizzazione. L'appropriatezza, invece, dipende dalla pertinenza fra gli obiettivi dell'adeguamento ed il ruolo previsto per la struttura dalla programmazione sanitaria, anche per effetto dell'evoluzione complessiva della rete integrata.

Si sostiene quindi la definizione di **strategie di intervento improntate al perseguimento di obiettivi di trasformazione complessiva dell'intera rete ospedaliera** in modo tale da conferire al criterio dell'appropriatezza, relativo al ruolo previsto per la struttura nella rete, prevalenza rispetto a quello dell'opportunità o della necessità di intervento, che riguarda le caratteristiche del singolo presidio. Gestendo l'appropriatezza contestualmente a strategie per l'innovazione, si ritiene che l'opportunità possa essere ridimensionata perché riferita alle sole criticità attuali che si confermeranno anche in chiave prospettica. Ipotizzando, ad esempio, di innovare tutte le 10 strutture critiche per qualità strutturale, età convenzionale, intensità di intervento ed appartenenza alla Classe A, il fabbisogno per l'adeguamento di ridurrebbe di circa un miliardo di euro (su circa 2,25 miliardi complessivi).

- Il progressivo aumento dei prezzi in edilizia ha amplificato l'entità di criticità già esistenti rispetto agli investimenti necessari per controllarle. Parallelamente la più puntuale analisi delle condizioni attuali rispetto ai requisiti di sicurezza ai sismi ha comportato una penalizzazione dei livelli di qualità strutturale e di età convenzionale, che avranno probabilmente un successivo impatto anche in termini di fabbisogno. Il tema delle risorse per riscontrare il fabbisogno è quindi centrale, anche nell'ipotesi in cui il fabbisogno per l'adeguamento dell'esistente possa essere ridimensionato con strategie rivolte all'intera rete ospedaliera, perché tali strategie possono comportare la necessità di ri-

sorse per l'innovazione. Oltre alla **definizione e all'attuazione, ovvero al potenziamento, di modelli per la costituzione della rete integrata**, che possono determinare, in appropriatezza, la restituzione al territorio di criteri per la prevenzione del bisogno, ovvero strategie per la gestione dello stesso in ambiente non ospedaliero, si ritiene che, nell'ottica del principio del risultato affermato dal Codice dei Contratti Pubblici, la **trasversalità che sappia gestire, ma anche valorizzare, competenze e risorse dei soggetti privati in Partnership** possa contribuire all'attuazione del disegno complessivo regionale di trasformazione. Sul ruolo dei soggetti privati in Partnership, si ritengono meritevoli di approfondimento le opzioni di intervento finalizzate al perseguimento di obiettivi di efficientamento energetico che possono essere abbinati a strategia di messa in sicurezza delle strutture.

Conclusioni

In Piemonte ci sono 92 ospedali in rete pubblica con 15.892 posti letto (escluso il nido). Gli ospedali pubblici a gestione diretta monitorati sono 47, si articolano su 51 strutture ed hanno 10.993 posti letto (escluso il nido). Poiché la loro superficie è pari a 2.376.393 m², la superficie a posto letto è di circa 216 m²/pl.

La qualità strutturale è pari al 72,8%, in una scala dove al 100% corrisponde il pieno soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento. Il 49% circa delle strutture ospedaliere risulta critico per qualità strutturale.

Assunta convenzionalmente la durata della vita utile delle strutture pari a 100, la loro obsolescenza è pari a 70,0: valore che indica che le dinamiche evolutive degli ospedali si stanno affacciando, mediamente, nella fase finale della loro vita utile. Il 53% circa delle strutture ospedaliere risulta critica per obsolescenza. Una parte di queste strutture, che costituisce circa il 22% delle 51 strutture ospedaliere, inoltre, ha vincoli tipologici, costruttivi o normativi che non la rendono più pienamente recuperabile con risorse e mezzi ordinari. Si tratta, in modo specifico, degli 11 presidi compresi nella Classe A.

Il fabbisogno per l'adeguamento edilizio degli ospedali regionali a gestione diretta è stimato in circa 2,25 miliardi di euro.

Sul tema dell'adeguamento degli ospedali esistenti, stando alle richieste di finanziamento presentate dalle Aziende Sanitarie alla Regione Piemonte per il triennio 2024-2026, gli obiettivi prevalenti sono quelli dell'adeguamento generico, nella forma del riordino o della razionalizzazione (428 milioni), quelli di sicurezza antincendio (155 milioni) e quello di sicurezza antisismica (165 milioni). Seguono poi obiettivi di potenziamento o per l'ampliamento (57 milioni), di sicurezza specifici, come quelli per la tutela degli operatori (107 milioni), di efficientamento energetico (78 milioni) e di conservazione (24 milioni).

Sul tema dell'innovazione sono 6 le Aziende Sanitarie per le quali si evince l'opportunità di curare percorsi o progettualità per la trasformazione dell'esistente, anche mediante la valorizzazione delle funzioni in nuovi ospedali (ASL Città di Torino, ASL NO di Novara, ASL VCO del Verbano-Cusio-Ossola, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, AO Maggiore della Carità di Novara, AO S. Croce e Carle di Cuneo).

Al fine di combinare gli interventi di adeguamento con quelli per l'innovazione per una trasformazione coerente della rete ospedaliera, si ritiene che i seguenti temi possano essere trattati come indirizzi o criteri strategici:

- Ricerca dell'efficientamento dell'esistente rispetto a criteri di sostenibilità gestionale con particolare riferimento ai costi di conduzione, manutenzione ed adeguamento

delle porzioni ospedaliere non utilizzate, ma per le quali è comunque necessario soddisfare i requisiti di riferimento,

- Ricerca di coerenza fra singole necessità di adeguamento o di innovazione rispetto agli obiettivi della trasformazione complessiva dell'intera rete ospedaliera in modo tale da conferire al criterio dell'appropriatezza, relativo al ruolo previsto per la struttura nella rete, prevalenza rispetto a quello dell'opportunità o della necessità di intervento, che riguarda le caratteristiche del singolo presidio, anche al fine della contrazione del fabbisogno complessivo per l'adeguamento dell'esistente,
- Definire o attuare, ovvero potenziare, modelli per la costituzione della rete integrata, che possono determinare, in appropriatezza, la restituzione al territorio di criteri per la prevenzione del bisogno, ovvero strategie per la gestione dello stesso in ambiente non ospedaliero, in modo da permettere una riconfigurazione dei requisiti tali da operare una riduzione del fabbisogno per l'adeguamento dell'esistente,
- Ricercare una trasversalità che sappia gestire, ma anche valorizzare, competenze e risorse dei soggetti privati in Partnership nell'attuazione del disegno complessivo regionale di trasformazione.

Allegati

Allegato omesso nella pubblicazione online

Completa il presente rapporto un Allegato che riporta, in modo esplicito, i valori che assumono le principali variabili per la qualificazione edilizia e funzionale di ciascun presidio ospedaliero monitorato.