

2019

**CONSISTENZA DEL PATRIMONIO SANITARIO TERRITORIALE
SOGGETTO AD ADEGUAMENTO ANTINCENDIO**
Rilevazione 2019

Giordano L.
Nucleo Edilizia Sanitaria

Aprile 2020

CONSISTENZA DEL PATRIMONIO SANITARIO TERRITORIALE SOGGETTO AD ADEGUAMENTO ANTINCENDIO

Rilevazione 2019

Torino, aprile 2020

© 2017 IRES
Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte
Via Nizza 18 - 10125 Torino

www.ires.piemonte.it

Elaborazione a cura di:

Lorenzo Giordano (l.giordano@ires.piemonte.it)

Ricercatore senior, si occupa principalmente di supporto alla pianificazione e programmazione degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie, di gestione e controllo degli strumenti di interfaccia con il flusso informativo EDISAN-DES-F.I.Te.B. e del monitoraggio dello stato di adeguamento delle strutture sanitarie alla normativa per la sicurezza antincendio ed antisismica.

IRES Piemonte – Sanità
Nucleo Edilizia Sanitaria

ediliziasanitaria@ires.piemonte.it
www.ires.piemonte.it/sanita.html

Staff Area Salute IRES Piemonte

Stefania Bellelli, Marco Carpinelli, Vittorio Ferrero *, Lorenzo Giordano, Sara Macagno, Giovanna Perino, Ilaria Perino, Chiara Rivoiro, Valeria Romano, Bibiana Scelfo, Luisa Sileno, Marco Sisti *, Guido Tresalli, Gabriella Viberti.

(*) Nel 2020 il dott. Ferrero ha sostituito il dott. Sisti alla direzione dell'Istituto e come dirigente dell'Area Salute.

INDICE

PREMESSA.....	1
Attività dell'IRES	1
Metodologia	1
Obiettivi	2
Risultati	2
AMBITO DI RICERCA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	3
CONSISTENZA DEL PATRIMONIO EDILIZIO	6
Campione di analisi.....	6
Caratteristiche patrimoniali.....	7
Numero delle strutture.....	7
Classi di strutture.....	7
Titolo di possesso	9
Competenza dell'adeguamento	11
CONCLUSIONI.....	12
ALLEGATO I	14
Abbreviazioni e Acronimi.....	14

PREMESSA

Attività dell'IRES

L'attività di analisi del patrimonio sanitario regionale in merito all'adeguamento normativo antincendio si inserisce all'interno dell'attività prevista dai programmi annuali di Ricerca dell'Istituto 2016¹, 2017², 2018³, 2019⁴ e 2020⁵.

Come tutte le ricerche afferenti all'area dell'architettura, dell'ingegneria dei sistemi edilizi e territoriali della funzione "Edilizia Sanitaria" dell'Istituto, si colloca nell'ambito di progettualità attraverso cui vengono supportati i processi di pianificazione e programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria della Regione Piemonte ed è finalizzata all'analisi e alla valorizzazione delle strutture e delle reti sanitarie piemontesi.

L'attività ha cadenza annuale ed è stata avviata nel 2015 per gli ospedali e nel 2017 per le strutture territoriali. Il riferimento normativo per gli aspetti legati alla prevenzione incendi è il DM 19/03/2015⁶ che ha aggiornato le modalità di adeguamento delle strutture sanitarie.

La norma ha infatti apportato sostanziali modifiche al decreto precedente⁷, aggiornandolo e rivoluzionando l'approccio all'adeguamento antincendio. Il Decreto è stato costruito sui principi della **continuità**, **flessibilità**, **progressività** e **proporzionalità** delle misure imposte per la messa in sicurezza e l'adeguamento dei presidi. Per commisurare i requisiti al rischio esistente sono stati pensati più percorsi di adeguamento in base alle classi funzionali delle strutture sanitarie.

Per le strutture territoriali sono 2 i percorsi che fanno riferimento ad altrettanti gruppi, con ulteriori suddivisioni all'interno degli stessi, mentre un terzo percorso è riferito agli ospedali.

La gestione e la programmazione dell'adeguamento non possono quindi prescindere dalla conoscenza della situazione esistente. Solo tramite la comprensione di quante e quali strutture, presenti sul territorio regionale, sono soggette al Decreto in questione è possibile definire gli investimenti necessari e le priorità di esecuzione.

Metodologia

Nel 2019 l'IRES ha effettuato il **censimento dei presidi non ospedalieri regionali pubblici** soggetti all'adeguamento antincendio secondo il DM 19/03/2015. L'attività di censimento e monitoraggio di queste strutture ha implementato la conoscenza del patrimonio edilizio

¹ Scheda progettuale 2.6 "L'adeguamento delle strutture alle norme per la sicurezza" - approvazione con DCR n. 146-21860 del 21 giugno 2016

² Scheda progettuale 14. "Monitoraggio e valutazione delle strutture ospedaliere" - approvazione con DCR n.234-36975 del 10/10/2017.

³ Scheda progettuale 14. "Monitoraggio e valutazione delle strutture ospedaliere" - approvazione con DCR n. 320-39411 del 13 novembre 2018.

⁴ Programma di ricerca approvato dal CdA IRES con delibera n 44/2018 del 29/10/2018

⁵ Programma di ricerca approvato dal CdA IRES con delibera n 17/2020 del 31/03/2020

⁶ DM 19 MARZO 2015. Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002. (GU Serie Generale n.70 del 25-3-2015)

⁷ D.M. 18 settembre 2002 Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private. (GU n. 227 del 27 settembre 2002)

sanitario regionale ai fini dell'adeguamento normativo, e ha integrato l'analogo monitoraggio realizzato per i presidi ospedalieri⁸.

Le analisi effettuate hanno interessato i più importanti luoghi di erogazione delle prestazioni sanitarie dopo gli ospedali, la cui rilevanza è strategica nell'attuazione delle politiche regionali di riorganizzazione delle reti sanitarie con la ricerca della continuità dell'assistenza fra ospedale e territorio, ovvero con la specializzazione ed il potenziamento della rete territoriale.

Le attività di monitoraggio sono svolte contestualmente alla procedura integrata EDISAN⁹-DES¹⁰ (DGR 18-7208/2014) nell'ambito dell'aggiornamento annuale del Database Edilizia Sanitaria (DES)¹¹. La rilevazione è complessivamente aggiornata a tutto giugno 2019 ed è stata effettuata attingendo da fonti aziendali nel contesto della procedura citata. Le analisi alla base della restituzione del presente report sono aggiornate a tutto dicembre 2019.

Obiettivi

Nell'adeguamento delle strutture sanitarie le Aziende Sanitarie e la Regione devono affrontare una moltitudine di difficoltà, prima tra tutte la limitatezza delle risorse. Per poter gestire un processo complesso e di non facile soluzione come quello necessario per portare ad adeguamento gli edifici sanitari regionali, occorre impostare una **strategia di azione** che consenta di massimizzare i risultati nel tempo e in relazione alle politiche sanitarie. Sono quindi necessari dei parametri con cui definire delle **priorità condivise**, così da frazionare le necessità economiche secondo un ordine graduale, in modo da consentire una progressione controllata dell'adeguamento, avendo chiaro il progetto generale e l'obiettivo a cui tendere.

I dati raccolti sulle strutture territoriali hanno come fine concreto quello di fornire alcuni dei parametri necessari per costruire questa scala di priorità. In base alla preminenza data a interventi o a strutture, si è in grado di definire degli scenari di finanziamento rispondenti alle necessità regionali e calibrati alle reali disponibilità economiche.

Risultati

Sono stati **censiti 98 presidi**, con una media di circa 7,5 per ASR, che rappresentano il campione di riferimento. Il patrimonio edilizio regionale analizzato è composto per il **15% da strutture residenziali** (non ospedaliere) con almeno 25 posti letto, per il **66% da ambulatori di grande dimensione**, cioè oltre i 1000 m², e per il **18% da ambulatori più piccoli** con superficie compresa tra i 500 e i 1000 m².

Quasi tutti i **presidi sono di proprietà delle Aziende (81%)**, ma è stato fatto ricorso anche ad altri titoli di possesso tra cui il **comodato d'uso (7%)** e la **locazione (6%)**. Sono di proprietà soprattutto le strutture di ricovero, mentre per le altre strutture la situazione è più articolata. **L'adeguamento normativo spetta per il 91% alle Aziende** e la restante quota (8%) è di competenza di altri soggetti.

⁸ ADEGUAMENTO, CRITICITÀ E PROGRAMMAZIONE ANTINCENDIO. Report dello stato dei presidi ospedalieri regionali. Rilevazione 2019 – IRES Piemonte, gennaio 2020.

⁹ Edilizia Sanitaria. Applicativo della Regione Piemonte, fornisce agli utilizzatori, sia delle Aziende Sanitarie Regionali che della Regione Piemonte, uno strumento che permetta la condivisione delle informazioni relative ai progetti edilizi ed alle richieste di finanziamento da parte delle Aziende Sanitarie.

¹⁰ Database Edilizia Sanitaria. Base dati ad uso delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, che affianca ed implementa le procedure informatiche per la programmazione, la gestione e il monitoraggio degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie.

¹¹ Attività svolta dal Nucleo Edilizia Sanitaria IRES in relazione ai progetti di cui alla DGR 27 agosto 2013, n. 11-6309 e su mandato della nota dell'ex Settore Pianificazione ed Assetto Istituzionale del S.S.R. [prot. n. 11867/A14010 del 15/06/2015].

AMBITO DI RICERCA E RIFERIMENTI NORMATIVI

L'approvazione del Decreto del Ministero dell'Interno del 19 marzo 2015¹² "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002"¹³ (entrato in vigore dal 24/04/2015) ha rappresentato un'importante innovazione per la disciplina di prevenzione incendi delle strutture sanitarie pubbliche.

Il provvedimento, in conformità ai criteri dettati dal DL 158/2012, ha apportato rilevanti modifiche al DM 18 settembre 2002 definendo le disposizioni per l'adeguamento delle strutture nuove ed esistenti.

Le strutture interessate dalla regola tecnica, in conformità a quanto riportato all'art 4 del DPR 14 gennaio 1997 in relazione alla tipologia delle prestazioni offerte, sono le seguenti:

- strutture che erogano prestazioni in regime di **ricovero ospedaliero** a ciclo continuativo e/o diurno, con oltre **25 posti letto**
- strutture che erogano prestazioni in **regime residenziale** a ciclo continuativo e/o diurno con oltre **25 posti letto**
- strutture che erogano prestazioni di **assistenza specialistica** in regime **ambulatoriale** ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, di superficie complessiva **superiore a 500 m²**.

Per le strutture di assistenza specialistica in regime ambulatoriale il percorso è stato a sua volta suddiviso in base alla dimensione dei presidi, distinguendo tra quelli di superficie inferiore a 1000 m² e quelli superiori.

I presidi sanitari interessati dalla norma sono quindi gli **ospedali**, le **strutture residenziali** e gli **ambulatori e laboratori**. Questi ultimi due gruppi sono quelli presi in esame. Si tratta di edifici non ospedalieri pubblici che costituiscono parte della rete territoriale di assistenza sanitaria delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e integrano la dotazione di strutture delle Aziende Ospedaliere (AO) o Ospedaliere Universitarie (AOU).

Nel trattare questi presidi la norma vigente ha previsto elementi comuni ed altri specifici per i diversi gruppi.

Le innovazioni, introdotte con l'aggiornamento normativo, hanno riguardato soprattutto i modi, i tempi e i requisiti previsti per le strutture sanitarie che sono definiti da percorsi di adeguamento distinti in base alle tipologie delle prestazioni, ad aspetti dimensionali (superficie di pavimento, numero di posti letto) e all'attività di adeguamento già effettuata. Comuni alle molteplici vie sono i **principi ispiratori** della norma che possono riassumersi in modalità di adeguamento **sequenziali** e **progressive** sulla base di un calendario di scadenze specifico per i diversi percorsi, **proporzionalità** nel commisurare le misure di sicurezza al rischio effettivo e **continuità di esercizio**.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, essendo assimilate agli ospedali, è prevista inoltre una **flessibilità** nelle modalità di adeguamento e la garanzia di un **livello di sicurezza**

¹² DM 19 marzo 2015. Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002. (GU Serie Generale n.70 del 25-3-2015)

¹³ D.M. 18 settembre 2002 Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private. (GU n. 227 del 27 settembre 2002)

appropriato e costante (nelle more dell'adeguamento edilizio e impiantistico) grazie all'introduzione di un **sistema compensativo** (Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio, SGSA).

I percorsi delle strutture ambulatoriali di superficie inferiore a 1000 m² sono caratterizzati da una maggiore semplicità proporzionata alla criticità del presidio. Per i presidi oltre i 1000 m² i requisiti richiesti sono però più stringenti ed è previsto anche l'adozione del SGSA.

La portata dell'innovazione normativa, che ha riguardato in modo sostanziale anche le **tempistiche di adeguamento**, ha indicato un nuovo approccio e nuovi orizzonti temporali. Il Decreto del 2002 aveva previsto che il **28 dicembre 2007** fosse il termine ultimo per tutte le strutture sanitarie, scadenza abbondantemente superata al momento dell'entrata in vigore del recente Decreto. Con l'aggiornamento della regola tecnica sono stati definiti nuovi limiti connessi alla tipologia di struttura. L'arco temporale è stato fissato al massimo in 10 anni dall'entrata in vigore della norma, ovvero entro il **24 aprile 2025**, ed è stato suddiviso in fasi intermedie, o step di adeguamento, in base alle prestazioni offerte.

Entro i termini temporali di ogni fase di adeguamento, la norma vigente ha previsto la presentazione di una Segnalazione Certificata di Inizio Attività (**SCIA**) attestante il rispetto di requisiti di sicurezza edilizi e impiantistici richiesti. Per tutte le strutture non adeguate, con la **I fase** da portare a termine entro il 24 aprile 2016 o il 24 ottobre 2015, oltre alle misure edilizie e impiantistiche specifiche per le categorie di strutture, devono essere adottate le soluzioni gestionali (SGSA) quali misure compensative nelle more dell'adeguamento complessivo. In taluni casi è anche necessario presentare ai VVF il progetto antincendio di tutto il presidio.

Completata la I fase, con la quale è garantita la sicurezza minima e **la messa in sicurezza delle strutture**, i percorsi attribuiti alle classi di presidi si differenziano in modo più marcato variando per numero di step, requisiti e modalità di ottemperamento.

Lo schema di figura 1 sintetizza la cadenza degli adeguamenti per le classi di strutture non ospedaliere.

Regime di **ricovero in regime residenziale** a ciclo continuativo e/o diurno, con **oltre i 25 posti letto**

I scadenza	II scadenza	III scadenza	IV scadenza
24 aprile 2016	24 aprile 2019	24 aprile 2022	24 aprile 2025

Assistenza specialistica in regime ambulatoriale, aventi superficie **maggiore di 1000 m²**

I scadenza	II scadenza	III scadenza
24 aprile 2016	24 aprile 2019	24 aprile 2022

Assistenza specialistica in regime ambulatoriale, aventi superficie **maggiore di 500 m² e fino a 1000 m²**

I scadenza	II scadenza	III scadenza
24 ottobre 2015	24 ottobre 2018	24 ottobre 2021

FIGURA 1: Schema delle scadenze per le tipologie non ospedaliere [Fonte: Circolare Corpo VVF n.12580 del 28 ottobre 2015]

All'inizio del 2020 con il DM 20 febbraio 2020 (pubblicato sul BUR n.50 del 28/2/2020) è stata concessa una proroga a causa del ritardo dell'adeguamento delle strutture pubbliche, lamentato delle Regioni, e per consentire una migliore allocazione delle risorse pubbliche per tutti quei presidi per i quali è in corso un processo di sostituzione, concordato con il Ministero.

La proroga ha fatto slittare le scadenze della II e III fase di un anno, lasciando immutate le altre scadenze.

CONSISTENZA DEL PATRIMONIO EDILIZIO

Campione di analisi

Il bacino delle strutture ospedaliere, per le quali trova applicazione il Titolo III del DM 19 marzo 2015, è composto di 18 Aziende Sanitarie Regionali (ASR): 12 territoriali (ASL) e 6 Ospedaliere (AO/AOU).

In 14 Aziende (78%) sono presenti le strutture aventi i requisiti richiesti: due di queste sono Aziende Ospedaliere, mentre le altre sono territoriali (figura 2).

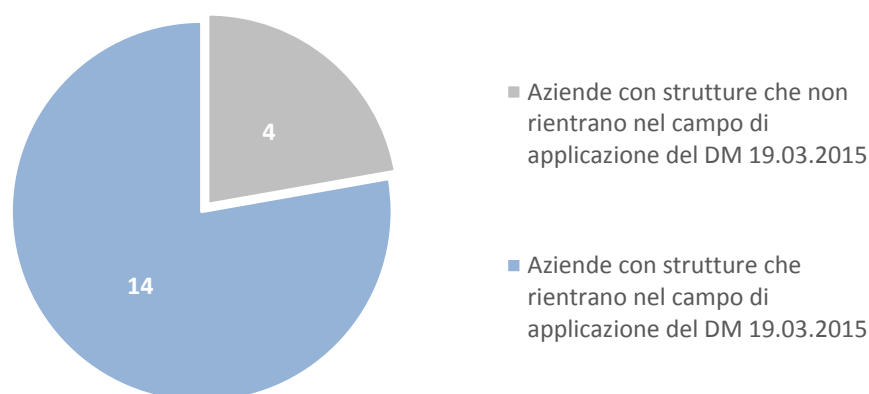


FIGURA 2: Presenza di strutture nelle ASR

Le 4 Aziende nelle quali non sono stati rilevati presidi sono le Ospedaliere Croce e Carle di Cuneo e il Mauriziano di Torino e le Ospedaliere Universitarie di Novara e il S. Luigi di Orbassano. Il **monitoraggio** è stato effettuato sulle sole **14** in cui i presidi non ospedalieri esistono, ottenendo **indicazioni complete da 12 ASR** (86% del campione analizzato). In un unico caso (7%), ASL Città di Torino, non vi è stata risposta alla richiesta di dati e l'ASL TO3 (7%) ha fornito una restituzione parziale e non significativa al fine della rilevazione, tanto da doverla escludere dalle analisi al pari di Città di Torino.

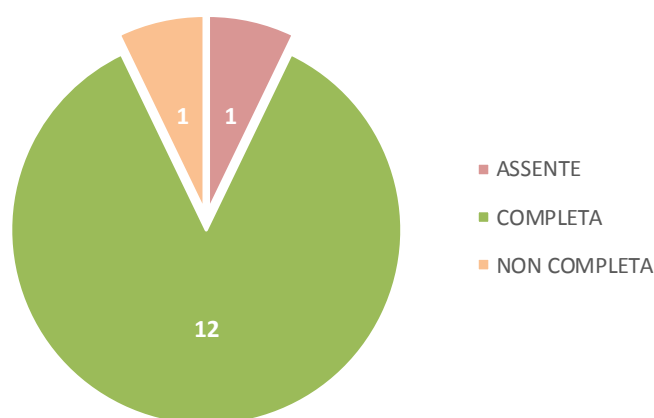


FIGURA 3: Esito dell'acquisizione dei dati relativi alla ricognizione, riferito a 14 ASR

Caratteristiche patrimoniali

Numero delle strutture

Il **numero delle strutture censite** ammonta a **98 unità**. La quantità di presidi censiti e il grado di approfondimento raggiunto consente di fare affidamento su un campione sufficientemente ampio e rappresentativo della situazione regionale.

In figura 4 è rappresentato il numero dei presidi analizzati ripartiti per ASR di competenza.

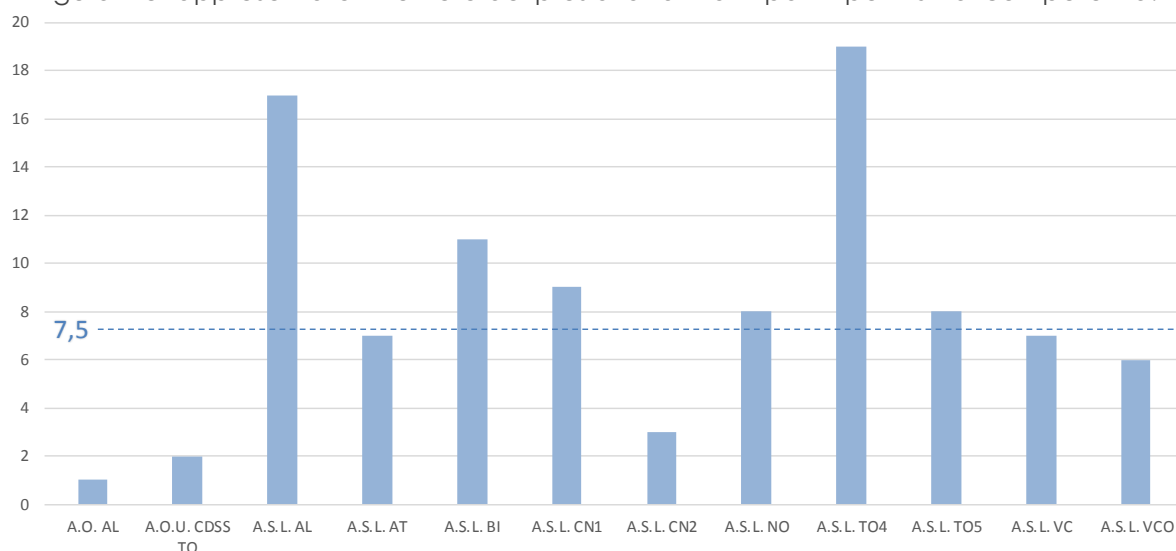


FIGURA 4: Numero delle strutture censite riferito alle ASR

Le prime differenze riscontrate tra le differenti situazioni Aziendali sono date dal numero di presidi. Il valore, come prevedibile, è minimo nelle Aziende Ospedaliere SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria o nella Città delle Salute e delle Scienza di Torino.

Nelle ASL, in confronto alle Aziende Ospedaliere (anche universitarie) vi è mediamente un numero maggiore di strutture, ma guardando alle singole Aziende emergono comunque differenze sostanziali in termini di numerosità delle strutture oggetto della presente analisi. Rispetto al valore medio (7,5 presidi per ASR) le ASL di Alessandria e la TO4 spiccano evidentemente per la quota di unità censite, molte Aziende sono prossime al valore di riferimento, mentre l'ASL CN 2 è ampiamente sotto tale limite.

Classi di strutture

Altro aspetto peculiare e distintivo è la presenza e la consistenza delle **classi di strutture** che abbiamo visto essere l'oggetto del Decreto.

Complessivamente prevale il numero degli **ambulatori di dimensione maggiore (circa il 66%)** seguito dalle strutture aventi stessa funzione ma **superficie inferiore (18%)** e dal **residenziale (15%)**. La ripartizione tra i tre gruppi è dettagliata dal grafico di figura 5.

La presenza del tipo di strutture per ASL restituisce un quadro interessante sulla composizione del patrimonio edilizio, almeno di quello soggetto ad adeguamento al DM 19 marzo 2015, per dimensione e tipologia di funzione. Benché non sia possibile definire delle regole, si possono

però evidenziare, anche solo sinteticamente, dei dati di riferimento che aiutano a descrivere caratteristiche e tipicità dei diversi territori.

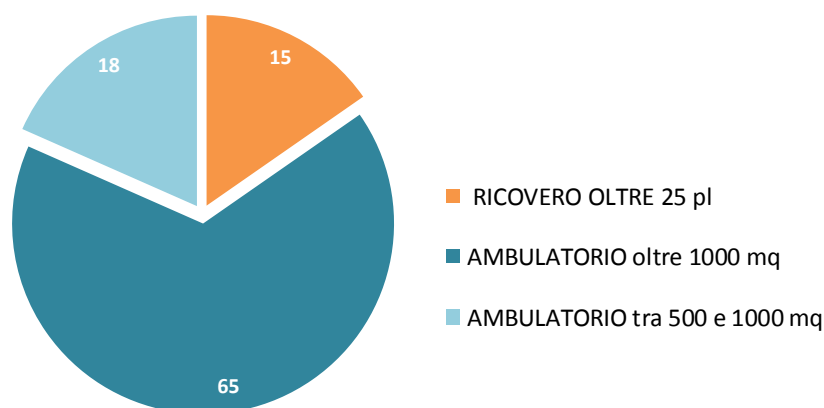


FIGURA 5: Ripartizione del tipo di strutture

Per esempio l'assenza di ambulatori di piccola dimensione, prevedibile per le AO che non hanno funzione di assistenza territoriale, è significativa quando è rilevata nelle ASL (AL, CN2, NO e TO5). La proporzione tra gli ambulatori piccoli e grandi, che in media è compresa tra $\frac{1}{3}$ ed $\frac{1}{4}$ è sovvertita per l'ASL BI, che è l'unica dove il numero degli ambulatori oltre i 1000 m² non è superiore a quello di qualsiasi altra classe di strutture (figura 6).

Le strutture residenziali non hanno una ripartizione costante ed uniformemente, ma nel territorio dell'ASL di Alessandria sono insolitamente numerose e superiori anche ai piccoli ambulatori.

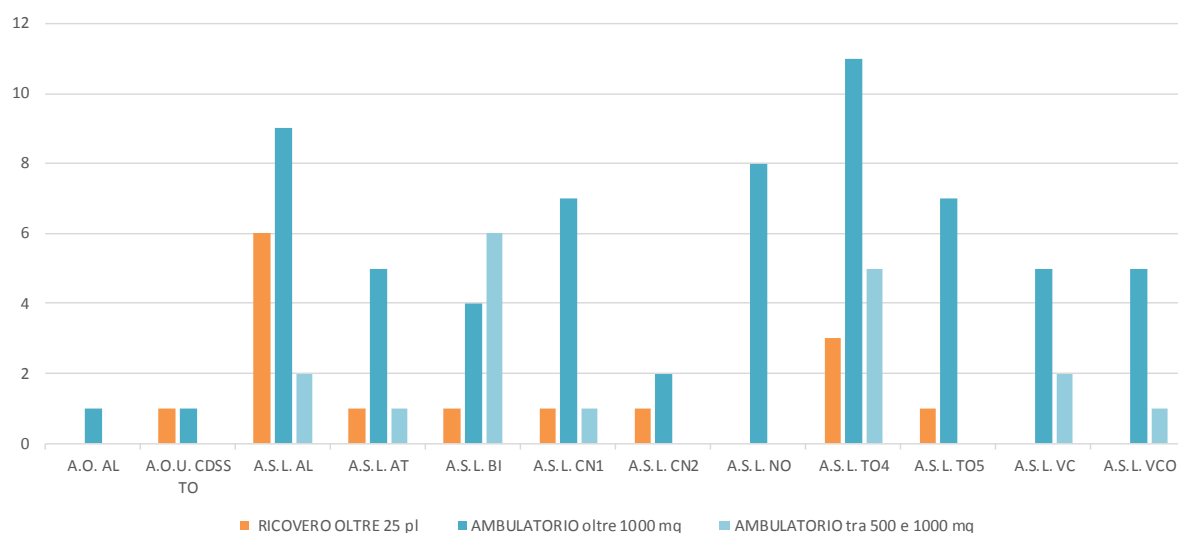


FIGURA 6: Ripartizione del tipo di strutture per ASL

Titolo di possesso

Terzo aspetto di interesse è il **titolo di possesso** dell'Azienda sul bene. Secondo le indicazioni aziendali, è possibile classificare le strutture in **5 gruppi**: Comodato¹⁴, Locazione¹⁵, Proprietà¹⁶, Utilizzo (in convenzione) e Leasing¹⁷, suddivisi rispetto alle 98 strutture come indicato in figura 6.

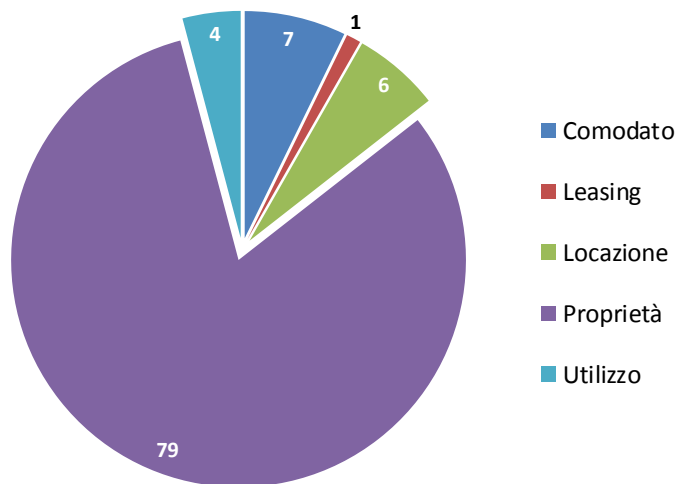


FIGURA 6: Titolo di possesso

La proprietà delle strutture (81%) è evidentemente la casistica prevalente, seguita dalle restanti forme tra cui spiccano il comodato (7%) e la locazione (6%).

La casistica rilevata nelle singole ASR, anche in questo caso, è interessante per la descrizione che fornisce sugli assetti adottati. Si veda quanto indicato in Figura 7. La proprietà dei beni è il caso più diffuso e nutrito anche in relazione alle situazioni delle singole Aziende (figura 8), in molti casi rappresenta anche l'unico esistente come per l'AO AL, l'AOU CDSS TO e le ASL AT e VC.

Al comodato hanno fatto ricorso in 5 delle Aziende analizzate, le ASL AL, CN1, NO, TO4 e TO5 ed è numericamente seguito dalla locazione presente in 4 aziende, le ASL BI, CN2, TO5 e VCO. L'utilizzo è l'unico tra le modalità registrate a non far riferimento ad una forma contrattuale specifica: è riferibile ai casi in cui sussistono convenzioni con altri enti che ne mantengono la proprietà ed è presente solamente nelle ASL AL e NO.

Il solo caso di leasing è riscontrato nel territorio biellese; questa forma rappresenta un'eccezione nel quadro delineato.

La classe delle strutture di ricovero è quella dove il ricorso al titolo di proprietà è quasi esclusivo. La situazione degli ambulatori di piccole dimensioni è simile: anche in questo caso il comodato e la locazione hanno quote di discreto peso.

¹⁴ Contratto mediante il quale una parte (comodante) consegna ad un'altra (comodatario) una cosa mobile o un immobile affinché se ne serva per un tempo o per un uso determinato con l'obbligo di restituire la medesima cosa ricevuta.

¹⁵ Contratto con il quale una parte (detta locatore) si obbliga a permettere a un altro soggetto (conduttore o locatario) l'utilizzo di una cosa per un dato tempo in cambio di un determinato corrispettivo (la cosiddetta "pigione" o "canone").

¹⁶ Diritto reale che ha per contenuto la facoltà di godere e di disporre delle cose in modo pieno ed esclusivo, entro i limiti e con l'osservanza degli obblighi previsti dall'ordinamento giuridico.

¹⁷ Contratto di durata il cui corrispettivo va calcolato secondo criteri finanziari e quindi tenendo conto non soltanto del costo del bene, ma anche del prezzo pattuito per l'opzione d'acquisto finale e della durata del contratto. Elemento essenziale del contratto è la previsione dell'opzione finale di acquisto del bene a favore dell'utilizzatore ad un prezzo prestabilito. Alla scadenza, l'utilizzatore ha il diritto di divenire proprietario del bene esercitando l'opzione di riscatto; in caso contrario ha l'obbligo di restituire il bene al concedente.

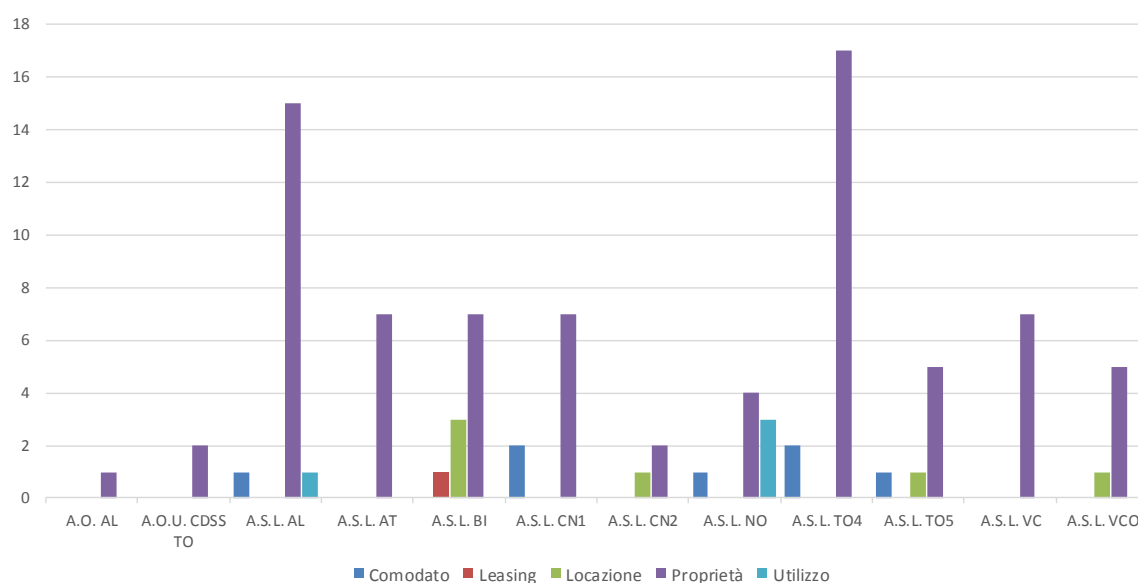


FIGURA 7: Ripartizione del titolo di possesso per ASR

Per gli ambulatori più grandi si è rilevata la massima articolazione: i presidi in proprietà si confermano la categoria numericamente più importante, ma sono in essere anche tutte le altre forme contrattuali rilevate. Il numero di presidi condiziona evidentemente il numero di tipologie contrattuali; maggiore è il numero di strutture utili, maggiore è il ricorso a forme contrattuali diverse per far fronte alla necessità di dotare i territori di quel tipo di presidio ed evidentemente dei servizi ivi contenuti.

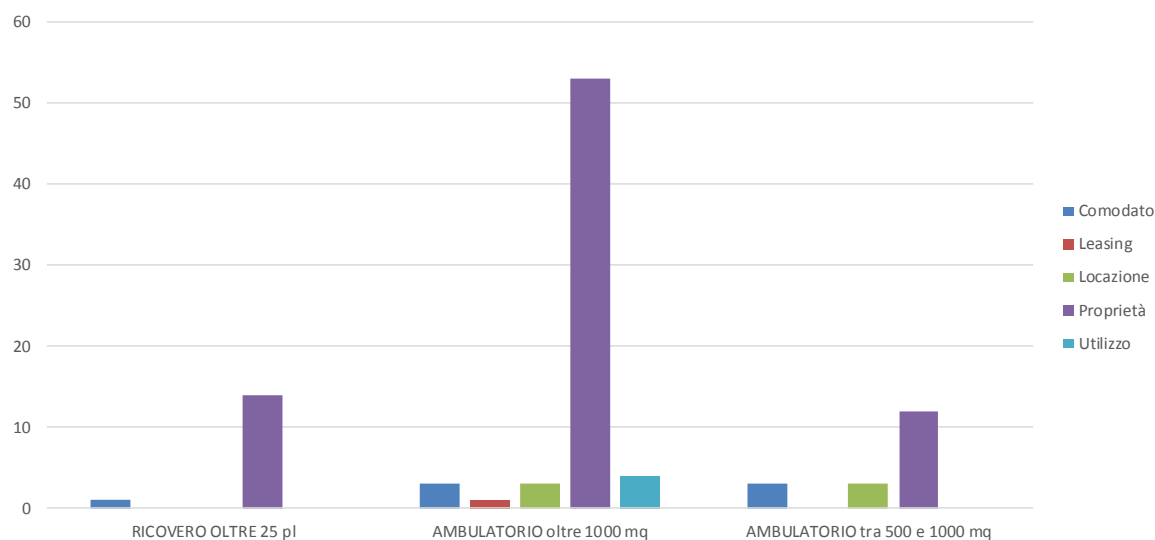


FIGURA 8: Ripartizione del titolo di possesso per classe di struttura

Competenza dell'adeguamento

Ultimo aspetto indagato è la **competenza dell'adeguamento**, che consente di chiarire a chi compete la realizzazione materiale ed economica dell'adeguamento delle strutture sanitarie (figura 9).

La competenza è il frutto delle forme e degli accordi contrattuali con cui è regolato il possesso e la gestione del bene. Per 89 presidi **(91%) la competenza è aziendale**, per altri 8 **(8%) ricade su altri soggetti** differenti dalle ASR, infine vi è 1 solo caso (1%) nel quale l'adeguamento è realizzato dall'Azienda per inadempienze del soggetto competente.

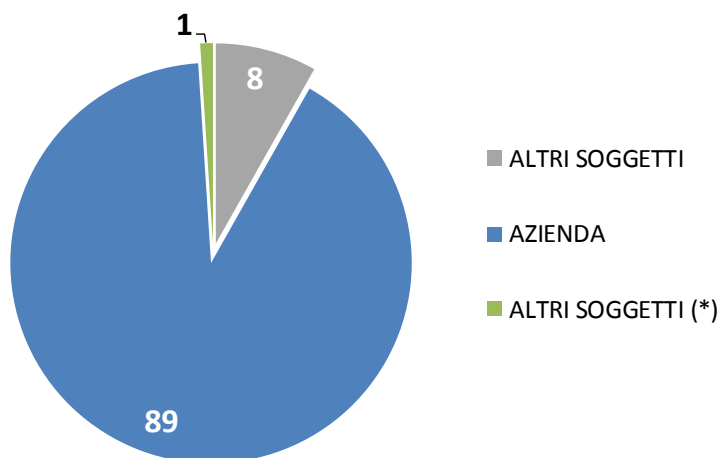


FIGURA 9: Competenza dell'adeguamento. (*) Adeguamento realizzato dall'Azienda Sanitaria

Degli 8 presidi adeguati da altri soggetti, solo 1 è una struttura a regime ambulatoriale con superficie superiore a 1000 m², le restanti 7 sono strutture in regime di ricovero. Queste 8 strutture appartengono all' AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e alle ASL AL, CN2, TO4 e TO5.

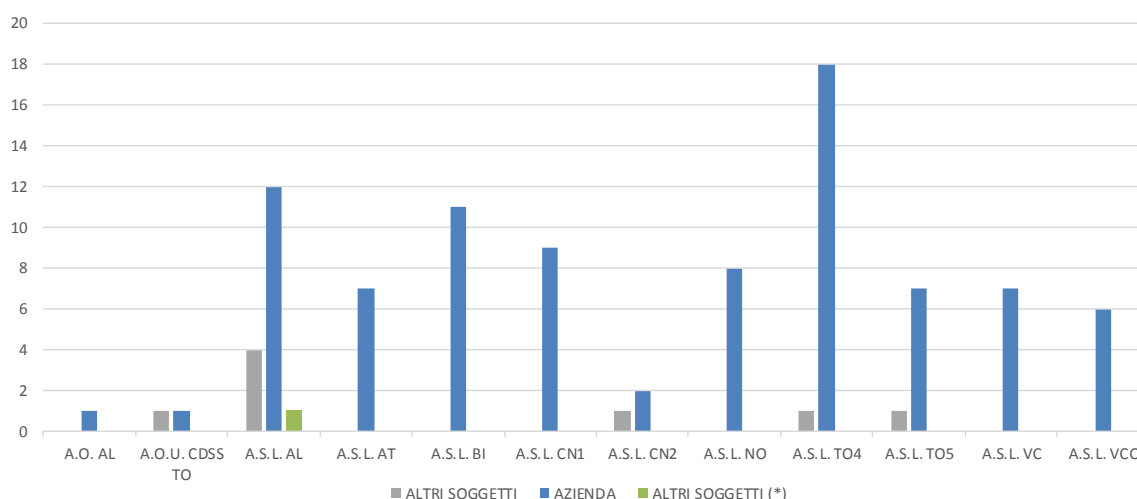


FIGURA 10: Competenza dell'adeguamento per ASR. (*) Adeguamento realizzato dall'Azienda Sanitaria

CONCLUSIONI

Il censimento ha evidenziato il numero elevato e la complessa suddivisione delle strutture residenziali ed ambulatoriali pubbliche sul territorio regionale, anche se l'analisi non ha interessato tutto il patrimonio territoriale soggetto ad adeguamento antincendio. A fronte di tale complessità, per programmare e gestire l'adeguamento di tutti questi presidi, si rende indispensabile la definizione delle strategie di azione e l'adozione di priorità d'intervento, alle quali è stato fatto cenno nella premessa. Contemporaneamente, grazie ad un numero così ampio di presidi, è più agevole individuare una frammentazione di requisiti utili per delineare condizioni e priorità differenti.

A livello regionale, in un'ottica di adeguamento normativo, a monte di qualsiasi altro ragionamento, si impone però come indispensabile la conferma che i singoli presidi siano utili e funzionali alle politiche sanitarie regionali. Se la risposta è affermativa, vanno adeguati e valorizzati come edifici in sé e come nodo di una rete vasta e complessa. In caso contrario, nasce la necessità di valutare se sia opportuno effettuare o completare gli interventi di adeguamento. Se alcune di queste strutture dovessero essere **dismesse o trasformate**, può decadere la necessità stessa di adeguamento o può sorgere l'opportunità di sospendere gli interventi, adottando eventuali soluzioni compensative, in attesa di concretizzare le trasformazioni.

In una visione strategica della gestione della rete delle strutture, questo aspetto, come tutti quelli presi in esame nel censimento, deve essere considerato poiché può consentire una riduzione degli interventi da pianificare e una contrazione del fabbisogno corrispondente.

La messa in sicurezza o l'adeguamento delle strutture non possono che essere il risultato di un progetto coordinato e condiviso tra Regione e Aziende. Dovendo agire simultaneamente su un numero così ampio di presidi, ma disponendo di fondi limitati, l'adeguamento deve necessariamente seguire vie preferenziali, agevolando la progressione di alcune strutture a discapito di altre. A partire dai dati sulla consistenza del patrimonio immobiliare, è già possibile rilevare una serie di indicazioni importanti grazie alle quali attribuire un ordine all'adeguamento. Il primo aspetto da evidenziare riguarda la **pericolosità e la complessità delle strutture**. La stessa norma ha, di fatto, previsto una suddivisione dei presidi in base alle funzioni esercitate e alla dimensione. È sufficiente rifarsi alla gerarchia utilizzata dal normatore in fatto di standard e requisiti per costruire una classificazione prioritaria, che vede in ordine:

- **strutture residenziali** oltre 25 posti letto (**15% dei presidi**)
- **ambulatori** di superficie complessiva superiore a 1000 m² (**66% presidi**)
- **ambulatori** di superficie compresa tra 500 e 1000 m² (**18% presidi**).

Il secondo aspetto riguarda la **competenza dell'adeguamento**. L'obiettivo è sicuramente quello di garantire la sicurezza delle strutture sanitarie, ma allocando correttamente le risorse pubbliche regionali per i presidi per i quali la competenza è aziendale (**91% dei presidi**).

Il terzo aspetto contempla il titolo di proprietà dei beni. Nel perseguire l'adeguamento è opportuno che sia valorizzato prioritariamente il **patrimonio immobiliare regionale (81% dei presidi)**, prima di investire in altri edifici.

Nella definizione di valori condivisi di priorità per le strutture territoriali vi è inoltre e la possibilità di prendere in considerazione anche altri aspetti, qui solamente accennati, come l'ordine cronologico delle scadenze temporali.

Utilizzando tutte queste informazioni, nelle varie combinazioni consentite dai parametri, diventa possibile frammentare e ordinare le necessità di adeguamento sulla base di fattori oggettivi e condivisibili che consentono di pianificare gli interventi, allocando correttamente le risorse pubbliche ed ottenendo i massimi risultati in relazione ai fondi disponibili.

Infine, per collocare correttamente il processo di adeguamento in relazione alle politiche pubbliche regionali, bisogna ricordare che gli investimenti non sono unicamente un costo, ma, oltre a essere un'imposizione normativa, sono anche le basi per successivi "utili", intesi soprattutto come ricchezza e valorizzazione del patrimonio regionale, se visti in un'ottica strategica. La forza di un sistema sanitario è costituita anche dall'efficienza — e in questo caso specifico dalla sicurezza — dei luoghi dove sono erogate le prestazioni sanitarie.

ALLEGATO I

Abbreviazioni e Acronimi

AO: Azienda Ospedaliera

ASL: Azienda Sanitaria Locale

ASR: Azienda Sanitaria Regionale

CPI: Certificato di Prevenzione Incendi

DEA: Dipartimento di Emergenza e Accettazione

DES: Database Edilizia Sanitaria *(base dati a uso delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, che affianca e implementa le procedure informatiche per la programmazione, la gestione e il monitoraggio degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie)*

DGR: Delibera della Giunta Regionale

DIA: Dichiarazione di Inizio Attività

DM: Decreto Ministeriale

EDISAN: Edilizia Sanitaria *(applicativo della Regione Piemonte, fornisce agli utilizzatori delle Aziende Sanitarie Regionali e della Regione Piemonte, uno strumento che permetta la condivisione delle informazioni concernenti i progetti edilizi e le richieste di finanziamento da parte delle Aziende Sanitarie)*

PS: Pronto Soccorso

SCIA: Segnalazione Certificata di Inizio Attività

SGSA: Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio

VVF: Corpo dei Vigili del Fuoco