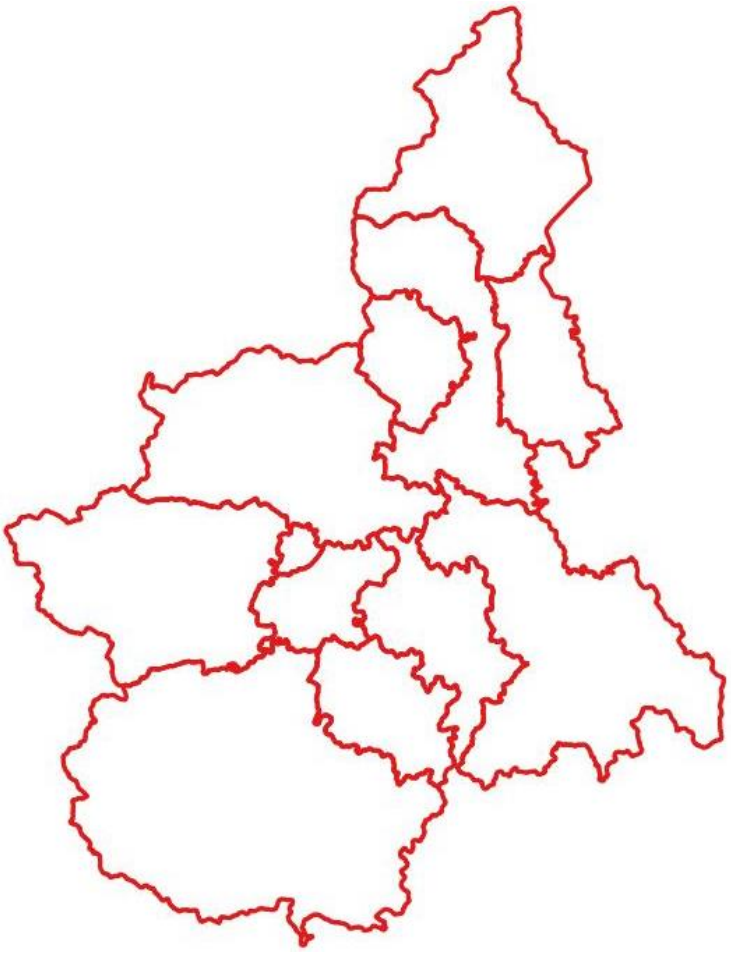
2020

ADEGUAMENTO ANTINCENDIO DEGLI OSPEDALI E DELLE STRUTTURE TERRITORIALI REGIONALI



Giordano L.
Nucleo Edilizia Sanitaria

Aprile 2021

IRES Piemonte

ADEGUAMENTO ANTINCENDIO DEGLI OSPEDALI E DELLE STRUTTURE TERRITORIALI REGIONALI

Rilevazione 2020

Torino, aprile 2021

© 2021 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, Renato Cogno, Vittorio Ferrero, Lorenzo Giordano, Sara Macagno, Giovanna Perino, Ilaria Perino, Chiara Rivoiro, Valeria Romano, Bibiana Scelfo, Luisa Sileno, Guido Tresalli, Gabriella Viberti.

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY 1

PREMESSA 2

AMBITO DI RICERCA, RIFERIMENTI E SCADENZE NORMATIVE 4
I presidi regionali 7

ADEGUAMENTO REGIONALE 8
Indice di adeguamento 10
Indice di realizzazione dei requisiti strutturali 11

ADEGUAMENTO DEGLI OSPEDALI: 2015-2020 13
Indice di adeguamento 13
Indice di realizzazione dei requisiti strutturali 17
Previsione delle tempistiche di adeguamento 19

ADEGUAMENTO DELLE STRUTTURE TERRITORIALI: 2017-2020 20
Indice di adeguamento 21
Indice di realizzazione dei requisiti strutturali 24
Previsione delle tempistiche di adeguamento 26

FABBISOGNO 27

CONSIDERAZIONI 28

ALLEGATO I 32
Abbreviazioni e Acronimi 32

EXECUTIVE SUMMARY

La sicurezza delle strutture sanitarie è uno degli punti fondamentali e ineludibili dai quali partire per dare valore al patrimonio immobiliare pubblico. Gli ospedali, le strutture residenziali, gli ambulatori e i laboratori rappresentano i nodi delle reti regionali in cui si esercita l'assistenza sanitaria ai massimi livelli e grazie ai quali si porta la sanità al cittadino. La sicurezza di questi luoghi e di chi li frequenta è un requisito imprescindibile per la garanzia stessa del servizio.

Per questi motivi, l'adeguamento alle norme sulla sicurezza rappresenta uno degli elementi cardine delle politiche regionali e un'attività non differibile.

L'IRES effettua ciclicamente il monitoraggio delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali soggette al DM 19 marzo 2015.

In questo documento sono riportati in sintesi i risultati del monitoraggio effettuato nel 2020 corredati da un confronto con gli anni precedenti. Il riferimento utilizzato per descrivere la situazione rilevata è la scala regionale alla quale sono rapportate tutte le misure e gli indici.

I punti principali sono i seguenti:

- viene descritta la situazione regionale che deriva dalla conoscenza delle **52 strutture ospedaliere** presenti nelle 18 Aziende Sanitarie Regionali esistenti e dei **113 presidi territoriali** appartenenti a 13 Aziende sulle 14 nelle quali questi presidi sono presenti;
- l'**indice di adeguamento medio regionale è pari a -0,15, in un intervallo di valori possibili compreso tra -1 e +1,** laddove il pieno rispetto delle scadenze è rappresentato da un valore maggiore o uguale a 0. L'indice, definito in base al rispetto delle tempistiche normative, misura l'allineamento regionale alle previsioni normative di adeguamento dei presidi sanitari;
- il **valore dei requisiti strutturali** ammonta a **40,6% a fronte di un valore che dovrebbe essere compreso tra 50% e 66,6%,** in base ai percorsi impostati dalla norma, non tenendo conto dei presidi già adeguati. L'indice soppesa i requisiti strutturali realizzati e certificati di cui sono dotati i presidi sanitari regionali;
- il **fabbisogno complessivo per l'adeguamento alla normativa antincendio** dei presidi regionali è pari a circa **431 milioni** di euro, di cui quasi 398 milioni per gli ospedali e 33 milioni per le strutture territoriali;
- l'**andamento degli indicatori di adeguamento e dei requisiti strutturali** degli ospedali è in **continua crescita** dal 2015, anno dell'entrata in vigore della norma vigente. Il miglioramento dei risultati conseguiti è evidente, ma emergono fattori che potrebbero rallentare la futura attività di adeguamento;
- Gli **indicatori di adeguamento e dei requisiti strutturali** delle strutture sanitarie territoriali, analizzati dal 2017, segnano una **crescita**, nonostante alcuni distinguo a causa degli effetti delle proroghe alla normativa e nonostante limiti e difficoltà oggettivi.
- i risultati rilevati nel 2020 sono il frutto a lenta maturazione delle politiche attuate negli scorsi anni, perché le tempistiche di adeguamento richiedono un arco di tempo almeno decennale. Dall'analisi **emerge la necessità di una nuova iniezione di investimenti che diano impulso al percorso** e a monte, ancora più importante, di una definizione delle priorità di investimento e dei criteri di esclusione per tutte quelle strutture da avviare verso un percorso di sostituzione.

PREMESSA

L'IRES effettua periodicamente la rilevazione e l'analisi dell'**adeguamento alla normativa per la sicurezza antincendio** degli ospedali e dei presidi sanitari territoriali. Questa attività si inserisce nei programmi annuali di Ricerca dell'Istituto [1] ed è effettuata in coordinamento con il Settore Politiche per gli Investimenti della Direzione Sanità regionale. La **rilevazione** ha cadenza annuale ed è stata avviata nel 2015 per gli **ospedali** e nel 2017 per le **strutture sanitarie territoriali**.

Il repertorio dei dati finalizzati alla restituzione delle analisi è ottenuto tramite un'attività di monitoraggio che è svolta contestualmente alla procedura integrata EDISAN [2]-DES [3] (DGR 18-7208/2014) nell'ambito dell'aggiornamento annuale del Database Edilizia Sanitaria (DES) [4] effettuato dal Nucleo Edilizia IRES. La rilevazione è complessivamente aggiornata a tutto giugno 2020 ed è stata effettuata attingendo da fonti aziendali nel contesto della procedura citata.

Le analisi contenute nel presente report sono aggiornate a tutto marzo 2021 e prendono in considerazione gli effetti delle proroghe alla normativa antincendio entrate in vigore da luglio 2020: la prima con il DM 20 febbraio 2020 (pubblicato sul BUR n.50 del 28/2/2020), che ha fatto slittare alcune scadenze di un anno, e la seconda, dettata dallo stato di emergenza per il COVID-19 (Legge 24 aprile 2020, n. 27 e successive integrazioni), che ha fatto rinviare più volte una parte delle scadenze già prorogate fino a fine di luglio 2021, secondo le ultime disposizioni.

Il riferimento normativo per la sicurezza antincendio dei presidi sanitari è il DM 19/03/2015 [5], che ha apportato sostanziali modifiche al decreto precedente [6], aggiornandolo e rivoluzionando l'approccio all'adeguamento antincendio. L'adeguamento può ora essere perseguito con: **continuità** rispetto al passato e agli interventi già effettuati; **flessibilità** nelle modalità di adeguamento; **progressività** in virtù delle differenti fasi previste**;** la garanzia di poter ottenere un **livello di sicurezza** appropriato e costante (nelle more dell'adeguamento edilizio ed impiantistico) grazie all'introduzione di un **sistema compensativo** (Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio).

Così tanti aspetti innovativi, che consentono di utilizzare il miglior percorso possibile in relazione alle specificità della struttura da adeguare, hanno l'inconveniente di necessitare di numerosi parametri a cui fare riferimento per descrivere e misurare il livello raggiunto. La possibilità di adeguare per gradi, in particolare, richiede di valutare la progressione attraverso la somma di eventi distribuiti nel tempo.

L'obiettivo della ricerca è quello di offrire riferimenti utili per conoscere e capire il processo di adeguamento dei presidi sanitari. Si è cercato così di rielaborare i risultati delle analisi dell'adeguamento delle strutture sanitarie pubbliche, per restituirli in forma semplice e sintetica.

Nel presentare i risultati si è scelto di privilegiare poche informazioni, sulle quali focalizzare l'attenzione. Volutamente, quindi, è stata trascurata la possibilità di restituire nel dettaglio i

[1] L'ultimo programma di ricerca, quello del 2020, è stato approvato dal CdA IRES con delibera n 17/2020 del 31/03/2020.
[2] 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.
[3] 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.
[4] 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].
[5] 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).
[6] 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).

molteplici aspetti dell'adeguamento normativo, al fine di porre l'attenzione sugli aspetti principali del percorso di adeguamento analizzato a livello regionale.

Il fine è quello di chiarire le necessità e le priorità delle strutture sanitarie per aiutare a impostare politiche pubbliche coerenti e adeguate. Questo report si propone di contribuire alla costruzione della conoscenza collettiva e aiutare i processi di **pianificazione e programmazione degli investimenti** regionali in edilizia sanitaria, così da contribuire alla **valorizzazione delle strutture e delle reti sanitarie** piemontesi.

AMBITO DI RICERCA, RIFERIMENTI E SCADENZE NORMATIVE

L'approvazione del Decreto del Ministero dell'Interno del 19 marzo 2015 [7] "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" [8] (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**.

Alla prima classe appartengono i **presidi ospedalieri**, alle altre due classi appartengono le **strutture residenziali** e gli **ambulatori e laboratori**. Questi ultimi due gruppi (strutture residenziali e ambulatori in particolare) rientrano tra gli edifici non ospedalieri pubblici che costituiscono parte della rete territoriale di assistenza sanitaria delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e integrano, in qualche occasione, la dotazione di strutture delle Aziende Ospedaliere (AO) o Ospedaliere Universitarie (AOU).

Nel trattare i presidi da adeguare, la norma vigente ha previsto elementi comuni e altri specifici per i diversi gruppi.

Per le strutture esistenti, la norma ha radicalmente modificato il concetto di adeguamento intervenendo su una pluralità di aspetti. I requisiti edili ed impiantistici richiesti a partire dal 2002 con la regola tecnica emanata in quell'anno sono stati mantenuti quasi integralmente, garantendo così una **continuità** rispetto al passato e facilitando il completamento degli interventi già effettuati. Sono state previste semplificazioni e riduzioni a seconda del tipo di struttura, al fine di commisurare **proporzionalmente** le misure di sicurezza al rischio effettivo. Uno degli aspetti più innovativi consiste nell'aver introdotto una **progressività** nell'adeguamento, prevedendo fasi intermedie, scandite temporalmente secondo cronoprogrammi definiti. È stata concessa anche una certa **flessibilità** delle modalità di adeguamento, che si traduce in una discrezionalità dei percorsi strategicamente più confacenti alle necessità delle strutture e agli interventi di adeguamento precedentemente realizzati.

Infine è stato previsto un **sistema compensativo** (Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio, SGSA) in grado di garantire un livello di sicurezza costante durante tutto il periodo di

[7] 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).
[8] 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).

adeguamento nel quale verranno realizzati gli interventi edilizi ed impiantistici. Al livello di sicurezza concorrono, infatti, la componente strutturale, data dai requisiti edilizi ed impiantistici, e quella gestionale, per mezzo dell'apporto di personale addestrato (addetti antincendio). La somma dei due fattori consente di abbattere il rischio a livelli accettabili. Nelle fasi iniziali, la quota gestionale è maggiorata per sopperire alle mancanze strutturali; con il crescere degli interventi, l'apporto fornito dal personale preposto decresce, fino a raggiungere il livello minimo al termine del processo, quando le soluzioni edilizie e impiantistiche realizzate devono coincidere con quelle imposte per le nuove realizzazioni.

La portata dell'innovazione normativa, che ha riguardato in modo sostanziale anche le **tempistiche di adeguamento,** ha indicato 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. La scansione temporale del periodo di adeguamento è sintetizzata nello schema di figura 1.

Entro i termini temporali di ogni fase di adeguamento, è prevista la presentazione di una Segnalazione Certificata di Inizio Attività (**SCIA**) attestante il rispetto di requisiti di sicurezza edilizi e impiantistici richiesti. 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 differenti 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**, i percorsi attribuiti alle classi di presidi si differenziano in modo più marcato variando per numero di step, requisiti e modalità di ottemperamento.

Per il principio di proporzionalità, maggiore è la complessità delle classi di presidi e il rischio a essa collegato, e quindi maggiore è la difficoltà di messa a norma, maggiori sono le possibilità di adeguamento presenti nel decreto. I percorsi, così facendo, sono più numerosi dei tre indicati in precedenza.

Per gli ospedali e le strutture residenziali, per esempio, il percorso di adeguamento è differente se la norma di riferimento per l'adeguamento è quella precedente (DM 18 settembre 2002) o l'aggiornamento vigente (DM 19 marzo 2015). Le differenze sono sostanziali, perché si modifica il numero delle fasi, così come la distribuzione temporale degli aspetti sui quali intervenire (che rimangono però pressoché identici), e la gestione della riduzione del SGSA.

I percorsi delle strutture ambulatoriali, invece, si distinguono in base alla loro superficie: ambulatori inferiori a 1000 m^2 beneficiano di maggiore semplicità nell'adeguamento; per i presidi oltre i 1000 m^2, i requisiti richiesti sono più stringenti ed è prevista anche l'adozione del SGSA.

Le varie scadenze temporali sono riassunte nella tabella 1.

TABELLA 1: Schema delle scadenze per le strutture sanitarie.

Ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, con oltre 25 posti letto

I fase	II fase	III fase	IV fase
24 aprile 2016	24 aprile 2019 **a)**	24 aprile 2022 **b)**	24 aprile 2025

Ricovero in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, con oltre 25 posti letto

I fase	II fase	III fase	IV fase
24 aprile 2016	24 aprile 2019 **a)**	24 aprile 2022 **b)**	24 aprile 2025

Assistenza specialistica in regime ambulatoriale, con superficie >1000 m^2

I fase	II fase	III fase
24 aprile 2016	24 aprile 2019 **a)**	24 aprile 2022 **b)**

Assistenza specialistica in regime ambulatoriale, con superficie da 500 a 1000 m^2

I fase	II fase	III fase
24 ottobre 2015	24 ottobre 2018 **c)**	24 ottobre 2021 **d)**

Fonte: Circolare Corpo VVF n.12580 del 28 ottobre 2015.

a) Prorogata a luglio 2021; **b)** prorogata ad aprile 2023; **c)** prorogata ad ottobre 2019; **d)** prorogata ad ottobre 2022.

Come principio, quale che sia la struttura da adeguare, la norma ha previsto che per mezzo di un'attività progressiva si proceda con ordine, così da intervenire affinché:

- **siano eliminate le cause del possibile incendio**: le superfici, i mobili, gli impianti e gli arredi abbiano caratteristiche tali da renderli sicuri in caso di aggressione del fuoco;
- **sia diminuita la gravità del danno**: siano adottati sistemi di contingentamento per impedire la propagazione degli eventi incendiarie; sia possibile individuare e spegnere manualmente o automaticamente eventuali fiamme; siano rese sicure, percorribili e riconoscibili le vie di fuga orizzontali e verticali (corridoi, scale ed ascensori).

Lo spirito imposto dalla norma consente così di attuare azioni di **prevenzione e protezione** attiva e passiva, affinché riducendo la componente del rischio sia possibile intervenire su inizi di incendio e non su eventi di vaste dimensioni. Nonostante la complessità della materia e dei molti aspetti da prendere in considerazione, la codifica dei percorsi di adeguamento di tutte le strutture sanitarie ha avuto anche il non trascurabile effetto di **rendere uniforme, lineare e unitario il processo di ogni singola struttura sanitaria**, migliorando la situazione rispetto a quello che capitava prima dell'adozione del decreto, quando, senza alcuna scansione temporale gli adeguamenti venivano eseguiti a seconda delle esigenze e delle possibilità aziendali, così che ogni struttura rappresentava un caso a sé e il livello di adeguamento raggiunto era difficilmente quantificabile e comparabile con le altre realtà regionali o aziendali.

Infine, 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, e ha concesso per i presidi ospedalieri o residenziali in corso di sostituzione di posporre le scadenze legate alla II e III fase fino al 24 aprile 2025.

A questa si è aggiunta la **proroga** a causa dello stato di emergenza **per il COVID-19**. Con la Legge 24 aprile 2020, n. 27 (di conversione, con modificazioni del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18) e seguenti, le scadenze che ricadono nel periodo emergenziale (quindi, al momento, quelle previste in origine il 24 aprile 2019) sono state rinviate a novanta giorni dopo la cessazione dello stato di emergenza (31 aprile 2021). Allo stato attuale, il riferimento per la scadenza risulta essere **fine di luglio 2021**, se lo stato di emergenza verrà confermato anche dopo il mese di aprile questa scadenza verrà ulteriormente posticipata.

I presidi regionali

Il bacino delle strutture ospedaliere, per le quali trova applicazione il titolo III del DM 19 marzo 2015, è composto da 49 ospedali e **52 strutture ospedaliere** [9], suddivisi in 18 Aziende Sanitarie Regionali (ASR), 12 territoriali (ASL) e 6 ospedaliere (AO/AOU). I dati presentati in questo documento tengono conto della situazione e delle necessità di tutte le strutture ospedaliere regionali.

Per quanto riguarda le altre strutture sanitarie, invece, i dati sono riferiti alla situazione di 13 ASR (93% del campione analizzato), sulle 14 in cui sono presenti presidi non ospedalieri, per un totale di **113 presidi territoriali**.

Rispetto alla precedente rilevazione, nel 2020 vi è stato l'ingresso di un nuovo presidio ospedaliero nel comune di Venaria Reale che ha contribuito a migliorare gli indici regionali.

Anche tra i presidi territoriali vi sono alcune variazioni rilevanti: la prima è il passaggio da 12 a 13 ASR analizzate e il conseguente aumento del numero dei presidi da 98 a 113. La seconda è conseguente dell'attività di riorganizzazione e riordino della rete dei presidi ad opera delle Aziende che ha modificato ulteriormente il bacino delle strutture di riferimento. Anche queste variazioni, inevitabilmente, hanno contribuito a modificare i risultati degli indici rispetto al 2019.

[9] La differenza fra il numero di ospedali e il numero di strutture ospedaliere dipende dal fatto che alcuni ospedali hanno più sedi.

ADEGUAMENTO REGIONALE

Come indicato nella premessa, con il presente documento si voluto rendere più facilmente comprensibile la situazione regionale attraverso l'uso di pochi e sintetici valori.

Due gli aspetti sui cui abbiamo posto l'attenzione:

- **il rispetto delle fasi di adeguamento previste dalla norma**, che abbiamo visto essere un elemento forte alla base dell'approccio progressivo all'adeguamento. Per descriverlo si è ricorso all'**indice di adeguamento**;
- **la realizzazione dei requisiti strutturali,** che sono il presupposto su cui si basa la sicurezza antincendio degli edifici sul lungo termine e che sono il vero obiettivo ultimo che consente di equiparare l'efficienza della prevenzione e protezione dati da un vecchio edificio rispetto ad uno di recente costruzione. Per quantificarla si è ricorso all'**indice di realizzazione dei requisiti strutturali**.

È importante distinguere e considerare entrambi i parametri perché descrivono aspetti differenti e concorrenti dell'adeguamento. Ad esempio, nel caso in cui si sia proceduto all'adeguamento in modo compiuto, ma vi sia un ritardo nella presentazione della SCIA relativa (poniamo il caso) all'ultima scadenza, avremmo un basso valore dell'indice di adeguamento, mentre il valore di realizzazione dei requisiti sarebbe abbastanza alto in virtù di quanto effettuato in precedenza, anche se non potrebbe raggiungere i livelli ottimali. Nel caso, invece, di un adeguamento in linea con la norma, ma realizzato solo parzialmente, si avrebbe un valore alto dell'indice di adeguamento e un valore basso dei requisiti strutturali, inferiore alle attese e a quanto sarebbe prevedibile prendendo in considerazione le tempistiche di adeguamento.

In entrambi i casi, con uno solo dei due parametri la situazione reale verrebbe penalizzata o sopravvalutata in base a quale sia quello preso in considerazione; la descrizione che ne deriva risulterebbe, di conseguenza, parziale e falsata.

Nota metodologica

L'indice di adeguamento è il parametro sintetico che attraverso un valore numerico convenzionale esprime lo stato di adeguamento dei presidi, sulla base della scansione temporale prevista dalla norma, e consente di graduare lo scostamento dalle previsioni normative del DM 19 marzo 2015

Tramite l'indice è quindi possibile quantificare e ordinare per livelli in modo semplice la vicinanza o l'allineamento alla condizione di pieno rispetto delle previsioni normative. Per costruire l'indice si è ricorso a valori numerici attribuiti ad ogni singola struttura: ai presidi adeguati si è attribuito il valore 1, a quelli in regola con le fasi adeguamento 0 e ai presidi per i quali non sono state rispettate le scadenze, una o più di una, -1.

Il risultato ottenuto è il valore medio di riferimento per l'intera Regione. Il dominio di questo indicatore varia, quindi, da -1 nel caso peggiore, in cui nessun presidio è adeguato e l'adeguamento non è eseguito nel rispetto delle fasi imposte dalla normativa, a 1 nel caso diametralmente opposto, in cui tutti i presidi sono adeguati o il percorso di adeguamento è giunto a termine. Il valore massimo rappresenta, ovviamente, l'obiettivo aziendale e regionale a cui tendere nel minor tempo possibile o almeno idealmente nei tempi dettati dalla norma. Al valore 0 può essere attribuito il compito di indicare un punto di equilibrio, in quanto è il punteggio massimo per le ASR a cui appartengono solo presidi non adeguati, ma in via di adeguamento nel rispetto delle fasi previste, oppure è il punteggio che evidenzia come il numero dei presidi adeguati equivalga quelli non adeguati e non in linea con le previsioni normative, indipendentemente dal numero degli altri presidi. Questo valore, comunque lo si veda, è il punteggio di riferimento nel medio/breve periodo, in attesa di poter portare tutti i presidi a un adeguamento completo.

Il valore 0 di fatto è anche il limite inferiore al campo positivo in cui si collocano le attività di adeguamento svolte nei tempi normativi.

Nell'indice di adeguamento regionale sono incamerati i risultati positivi dati dal numero dei presidi adeguati; i valori dell'indice possono quindi risultare, da subito, superiori a -1, se esistono strutture con tali caratteristiche, migliorando la performance generale. Questi benefici, se esistono come nel caso piemontese, devono essere presi in considerazione nell'analizzare i risultati e nell'impostare correttamente gli obiettivi e il livello minimo di riferimento a cui tendere.

L'indice, come è facile capire, esprime il livello prestazionale in relazione alle previsioni normative. Nel lasso di tempo utile all'adeguamento complessivo (2025), solamente riuscendo a rispettare i dettami del DM del 2015 (sia le scadenze normative pregresse che quelle future), è possibile mantenere costante il valore dell'indice di adeguamento raggiunto, ritardi nella presentazione delle SCIA fanno abbassare il valore, come recuperi di istanze non presentate lo innalzano.

È però importante chiarire che il risultato raggiunto è mantenuto o incrementato solo grazie a una programmazione degli interventi impostata con sufficiente tempismo. È possibile presentare un'istanza (la SCIA), con la quale certificare la presenza delle dotazioni previste dalla normativa, solo se gli interventi sono stati realizzati e i requisiti sono presenti, o lo sono almeno in parte. L'indicatore è quindi potenzialmente soggetto a notevoli fluttuazioni ogni qualvolta una nuova fase giunge a scadenza e la norma impone di attestare la progressione degli interventi e il numero delle istanze che devono essere presentate aumenta considerevolmente.

L'indice di realizzazione dei requisiti strutturali è il parametro attraverso il quale si stima l'adeguamento normativo effettivo, ed è calcolato sulla base di quanto è stato realmente compiuto dalle Aziende Sanitarie e certificato al Corpo dei Vigili del Fuoco (VVF) tramite le SCIA.

L'indice effettua la valutazione degli adeguamenti ultimati ponderandoli all'adeguamento totale richiesto dalla norma. In questo modo è possibile restituire la quota effettivamente realizzata dei requisiti strutturali, indipendentemente dall'allineamento temporale alle previsioni normative.

Definito pari a 100 il valore dell'adeguamento architettonico e impiantistico complessivo, quindi ai requisiti strutturali di un edificio pari al nuovo, è stato assegnato un valore percentuale ad ogni fase che compone il percorso di adeguamento, proporzionalmente al numero di fasi previste. Il punteggio attribuito alla quota dei requisiti realizzati afferenti alla singola fase è poi ponderato al peso della stessa nel percorso della struttura. Il valore finale è una stima percentuale che restituisce la quota dei requisiti disponibili e certificati rispetto al valore totale (100%).

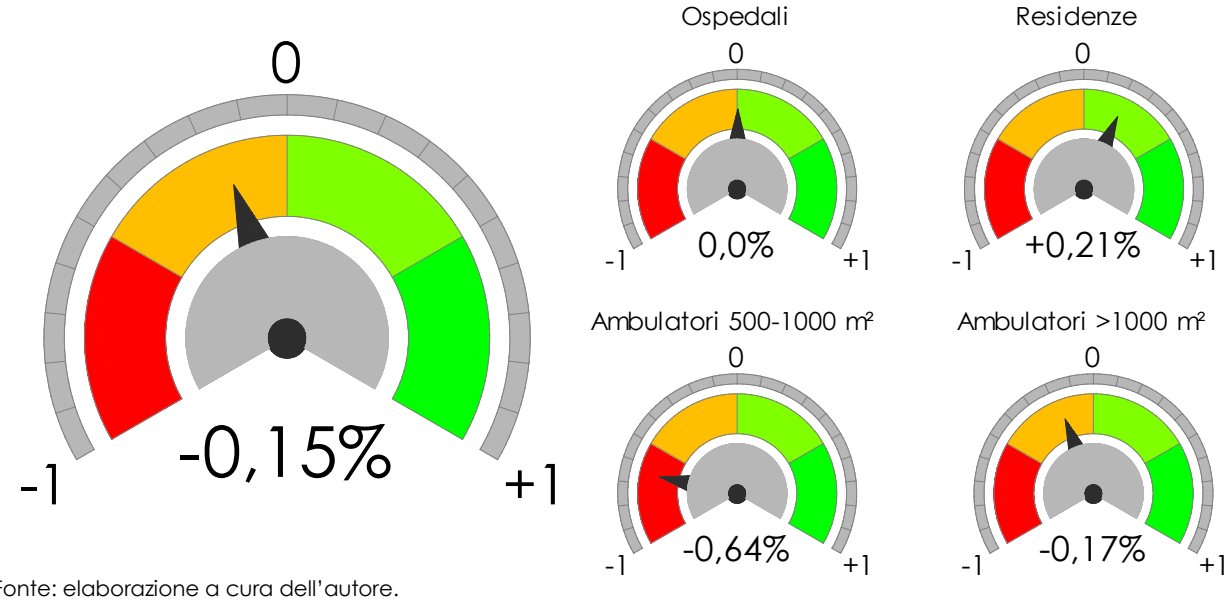
Per ulteriori approfondimenti metodologici sui due indici si faccia riferimento al contributo di ricerca 307/2020, Metodologia per l'analisi dell'adeguamento antincendio delle strutture sanitarie sulla base del DM 19 marzo 2015 (IRES Piemonte, 2020

L'entrata in vigore delle proroghe, che hanno agito retroattivamente sulle scadenze imposte dalla norma, ha richiesto una revisione dei valori degli indici del 2019 e degli obiettivi attesi per lo stesso anno, escludendo dai conteggi gli aspetti retativi alla II fase, ove necessario. Come era stato già anticipato nella scorsa edizione del documento, la revisione ha portato al miglioramento dei valori, avvicinando il livello di adeguamento rilevato a quelli ideali.

Indice di adeguamento

Il **valore medio regionale** dell'indice misurato sulla base dei dati del 2020, pari a **-0,15**, descrive in quale misura la norma sia stata rispettata tramite la presentazione delle SCIA scadute e grazie alle quali si possa quantificare la velocità dell'adeguamento. Il punteggio inferiore a 0 manifesta ancora il ritardo del percorso di adeguamento regionale. Nel caso specifico del Piemonte, considerando che i presidi adeguati contribuiscono a innalzare tale soglia, per l'anno 2020 il valore da raggiungere è in realtà pari a **+0,15**. Le azioni perpetuate dalla Regione e direttamente dalle Aziende per l'adeguamento dei presidi non sono sufficienti. Gli esiti evidenziano la necessità di investimenti e politiche a sostegno di tali azioni per poter raggiungere risultati pienamente soddisfacenti e mettono in evidenza non solo l'utilità delle proroghe accordate nel 2020, ma anche la necessità che avvenga lo slittamento di tutte le scadenze previste dalla norma, ad accezione della prima che incardina l'intero processo.

FIGURA 1: Indice di adeguamento: valore regionale e per classe di presidi.



Fonte: elaborazione a cura dell'autore.

Il dato medio per classe di strutture è pari a 0,0 per gli ospedali, +0,21 per le residenze, -0,17 per gli ambulatori oltre i 1000 m² e -0,64 per gli ambulatori di superficie inferiore. Si veda figura 1.

Tra le quattro classi, le disparità dei valori raggiunti sono evidenti e sembrano rispecchiare l'importanza delle differenti strutture nella rete dei presidi regionali. In effetti la gerarchia esistente ha sicuramente condizionato le priorità di esecuzione degli interventi e la presentazione delle SCIA, più urgente per quelli gerarchicamente più importanti, meno per gli altri, non essendo possibile portare tutte le strutture ad adeguamento con la stessa rapidità con una disponibilità economica limitata. L'unico dato che contraddice questa interpretazione è il valore attribuito agli ospedali che è risultato il secondo, inferiore a quello delle strutture residenziali.

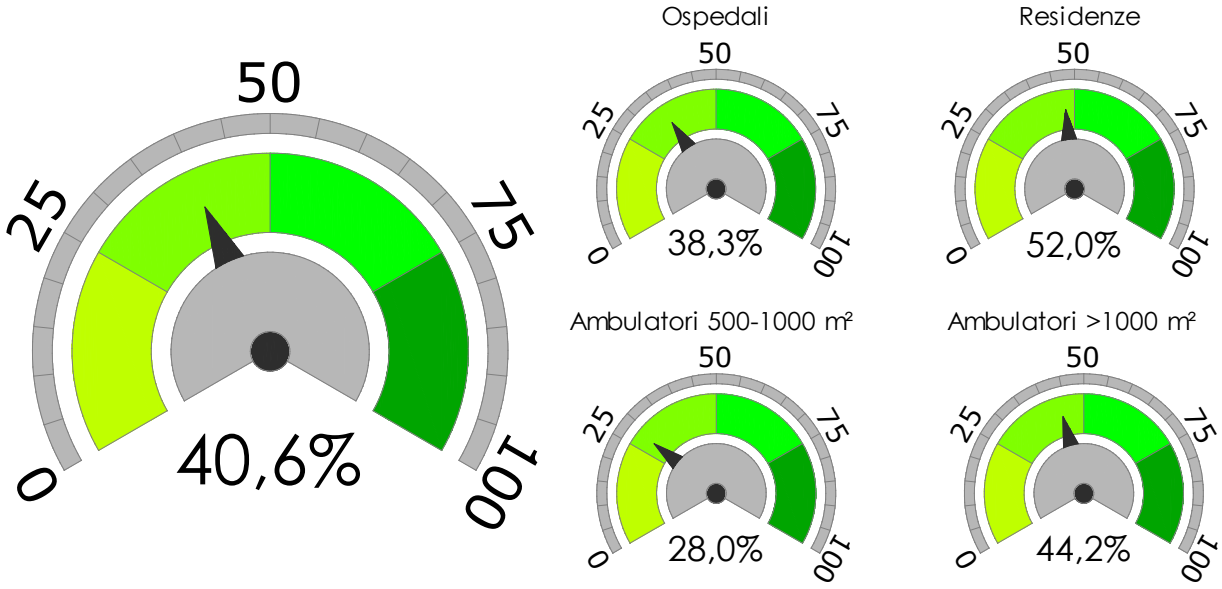
L'adeguamento degli ospedali è senza dubbio di più difficile realizzazione a causa della complessità che esiste nell'operare all'interno di queste strutture e dei costi di adeguamento che, come vedremo, sono ingenti. Per questi motivi, la priorità attribuita dalle Aziende Sanitarie

all'adeguamento degli ospedali non è sufficiente ad ottenere i risultati migliori per classe di presidio — risultato che invece appartiene alle strutture residenziali.

Indice di realizzazione dei requisiti strutturali

Per il 2020, il **valore medio regionale** dell'indice, pari a **40,6%**, esprime la percentuale media della dotazione di requisiti strutturali di cui sono provvisti i presidi sanitari. Il dato per classe di strutture è pari a 38,3% per gli ospedali, 52,0% per le residenze, 44,2% per gli ambulatori oltre i 1000 m² e 28% per gli ambulatori di superficie inferiore.

FIGURA 2: Valore ponderato di realizzazione dei requisiti strutturali: valore regionale e per classe di presidi.



Fonte: elaborazione a cura dell'autore.

Come nel caso precedente, i risultati (figura 2) rispecchiano la gerarchia delle strutture, almeno di quelle territoriali, perché il dato degli ospedali, anche questa volta, non è proporzionale all'importanza di queste strutture ed alla priorità che questi presidi dovrebbero avere nell'esecuzione degli interventi. Nuovamente, l'adozione di priorità è necessaria quando non vi sia la possibilità di realizzare gli interventi per tutti i presidi sanitari contemporaneamente.

Nel valutare la realizzazione dei requisiti strutturali antincendio sono state incluse le opere relative a tutte le fasi di adeguamento certificate dalle ASR e quindi anche quelle corrispondenti alla II fase.

Con l'adeguamento alla II fase il valore ideale dovrebbe essere almeno uguale o superiore a 50% o 66,6%, a seconda del tipo di struttura. I valori ponderati di realizzazione dei requisiti strutturali, sia nel complesso che presi singolarmente, sono inferiori ai livelli di riferimento ottimali e confermano ancora una volta che una disponibilità limitata di risorse ha effetti macroscopici sui risultati dell'adeguamento.

Come vedremo in particolare analizzando la situazione dei presidi territoriali, se si confrontano i risultati reali con valori di riferimento inferiori a quelli indicati, perché soggetti agli effetti delle proroghe, avremo invece situazioni di gruppi di presidi vicini se non superiori ai valori minimi teorici.

ADEGUAMENTO DEGLI OSPEDALI: 2015-2020

I monitoraggi annuali effettuati sugli ospedali hanno consentito di approfondire nel tempo la conoscenza sulla situazione di questi presidi riuscendo ad acquisire un dettaglio maggiore dei dati e degli aspetti che costituiscono la disciplina antincendio normata dal DM 19 marzo 2015. La maggiore conoscenza ha reso anche possibile valutare l'evoluzione dell'adeguamento, vista soprattutto in relazione alla scansione temporale dettata dalla normativa.

Per delineare l'evoluzione temporale dell'adeguamento, si è fatto ricorso agli indici di adeguamento e di realizzazione dei requisiti strutturali. Il momento iniziale dal quale analizzare lo svolgersi del processo di adeguamento è stato fissato al 24/04/2015, primo giorno di validità dell'aggiornamento della regola tecnica vigente di prevenzione incendi.

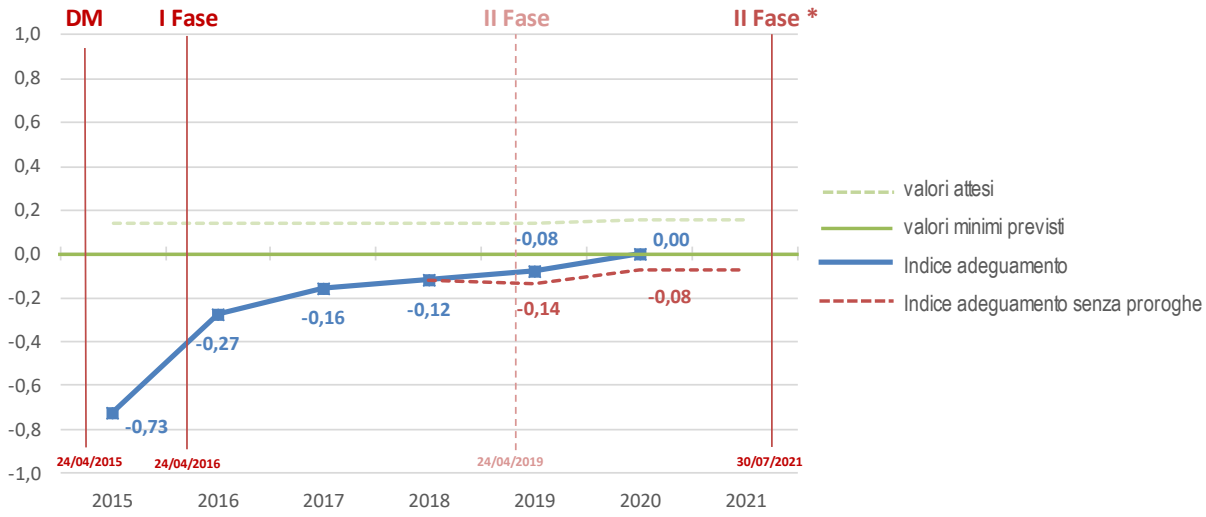
I risultati dal 2015 al 2019 sono stati definiti a ritroso utilizzando i dati ciclici raccolti nel 2019 e le integrazioni realizzate alla fine dello steso anno, che hanno consentito di restituire un quadro di tutti i presidi ospedalieri regionali. Nel delineare la serie storica dei dati sono stati presi in considerazione, quindi, i presidi attivi nel 2019, trascurando le strutture dismesse nello stesso arco temporale. Dal 2020 l'analisi è soggetta anche alla variazione eventuale del numero dei presidi in funzione delle politiche regionali di innovazione degli ospedali.

Per capire correttamente l'andamento dei dati è importante ricordare che i valori degli ospedali o delle strutture territoriali sono ottenuti grazie al monitoraggio annuale che riporta la situazione al mese di giugno di ogni anno, quindi successivamente alle scadenze previste originariamente dalla norma. Per questo motivo, tutti i valori dell'indice, anche quelli ricostruiti a ritroso, sono sempre riferiti alla situazione esistente al mese di giugno di ogni anno.

Indice di adeguamento

Osservando la serie storica dei valori dell'indice di adeguamento, è possibile capire se nel tempo siano state rispettate le previsioni di adeguamento normative e quindi quanto e quando le Aziende abbiano dato riscontro al DM 19 marzo 2015 con la presentazione delle SCIA.

FIGURA 3: Evoluzione dell'indice di adeguamento degli ospedali dal 2015 al 2020.



*Slittamento della scadenza a seguito delle proroghe concesse nel 2020 (DM 20 febbraio 2020 e L. 24 aprile 2020, n. 27).

Fonte: elaborazione a cura dell'autore.

In generale, possiamo anticipare che dall'entrata in vigore della norma si registra una **continua crescita dei valori** dell'indice, che tendono a compensare il ritardo iniziale (figura 3), ritardo prevedibile a causa del mancato adeguamento dei presidi ospedalieri realizzati prima della normativa vigente e dello scarso preavviso concesso alle Aziende, considerando che i tempi di attuazione degli interventi pubblici sono molto più ampi di quanto non accada nel privato.

Questo sembra suggerire che il normatore abbia coscientemente previsto tempi ridotti rispetto alla possibilità di realizzazione nel pubblico, pur di forzare all'adeguamento strutture realizzate in larga parte molto prima degli anni '70. È importante però ricordare che, al contempo, eventuali ritardi non sono ammessi e possono essere causa di sanzioni civili e penali.

Entrata in vigore del DM 19 marzo 2015 (24/04/2015)

Con l'entrata in vigore del Decreto del 19 marzo 2015, le Regioni hanno dovuto fare i conti con quanto realizzato fino a tale data sulla base degli obblighi definiti dalla regola tecnica del 2002.

L'aggiornamento ha evidentemente forzato il percorso di adeguamento e, come abbiamo visto, lo ha razionalizzato.

Il dato di partenza piemontese, a giugno 2015, è tutto sommato confortante, poiché vede l'effetto dei presidi già adeguati. Un differenziale di +0,27 porta **l'indice regionale** a **-0,73 punti**, valore decisamente più elevato del minimo possibile all'entrata in vigore della norma.

Dalla data del 24/04/2015 ha quindi inizio la prima fase, che nel giro di un anno deve portare alla presentazione della prima SCIA per tutte le strutture ospedaliere.

Termine I fase (24/04/2016)

Dopo un anno dall'entrata in vigore del decreto scade il temine per la realizzazione degli interventi della prima fase. L'indice, calcolato rispetto alla situazione di fine **giugno 2016**, segnala un'impennata in virtù della numerosa presentazione delle SCIA, il **valore rilevato è di -0,27** con un incremento rispetto alla rilevazione precedente di 0,46 punti. Il risultato, anche se positivo visto il progresso consistente rispetto al dato di partenza, non è sufficiente per allinearsi da subito alle previsioni normative.

Oltre alla limitata disponibilità di fondi, che ha caratterizzato e ancora caratterizza la lentezza e l'incertezza dei tempi di realizzazione, un altro elemento che ha condizionato la possibilità di effettuare l'adeguamento entro le scadenze prefissate è stato la brevità del lasso di tempo messo a disposizione. Anche se la forzatura, se così possiamo definirla, è subentrata dopo 13 anni dall'emanazione della norma precedente e 8 anni dalla scadenza dei termini di adeguamento.

In un anno dall'entrata in vigore del Decreto, le Aziende Sanitarie hanno però dovuto comprendere le innovazioni introdotte, verificare, se non già note, le porzioni del presidio adeguate in relazione ai requisiti previsti nella regola tecnica, definire le opportune scelte in relazione alla situazione preesistente e alle possibili alternative procedurali, e infine tradurre in azioni concrete quanto definito. Tutto questo nel rispetto delle tempistiche tecnico-amministrative necessarie per la realizzazione delle opere pubbliche.

La dilazione dei tempi di applicazione del DM 19 marzo 2015 è pressoché inevitabile per le strutture con più alto grado di inadeguatezza e prive di risorse impiegate per tempo.

A fronte della marcia forzata imposta alle Aziende, è utile sottolineare che questa impostazione normativa consente di ottenere esiti di fondamentale importanza a partire già dalle fasi iniziali. Con la prima scadenza si raggiungono eccellenti risultati quali: la conoscenza delle criticità dei presidi (progetto antincendio unitario), la definizione di un programma di intervento (cronoprogramma) e un elevato livello di sicurezza conseguito da subito, seppure in assenza degli adeguamenti architettonici ed impiantistici.

A tre anni dalla fine della I fase (a ridosso della scadenza originaria della II fase) l'**indice cresce costantemente** per la presentazione di altre istanze legate alla I scadenza, anche se lentamente, fino al valore del 2018 con l'indicatore che è pari a **-0,12**, vicino ma non ancora uguale al dato di riferimento ideale. L'incremento dell'indice deriva sicuramente dagli effetti di alcuni finanziamenti attivati a cavallo dell'aggiornamento della regola tecnica, tra il 2013 e il 2016 [10], per un ammontare complessivo superiore a 58 milioni di euro. A questi si sommano gli investimenti effettuati dalle stesse Aziende.

La crescita è continua, ma la flessione della curva è sempre più evidente, l'incremento rispetto all'anno precedente si riduce, l'effetto dei finanziamenti regionali sembra diminuire con lo scorrere del tempo.

A giugno 2018, nonostante l'approssimarsi della nuova scadenza, non risultano presentate seconde SCIA. Gli sforzi delle Aziende sono evidentemente volti a ottemperare alla I fase, per chi non lo ha ancora fatto, e anche per chi si è già messo in regola, il tempo o le risorse economiche non sono sufficienti per riuscire a predisporre ulteriori istanze.

Estensione II fase (dal 24/04/2019)

Entro il temine del 24/04/2019 (chiusura originaria della II fase) la norma imponeva la presentazione della II SCIA e contestualmente l'obbligo relativo alla SCIA della I fase, se non assolto. Le proroghe danno la possibilità di recuperare almeno in parte l'adeguamento non effettuato e consentono di aumentare il numero delle II SCIA presentate entro la scadenza. Gli effetti sono già stati registrati dalla variazione dell'indice del 2019, ricalcolato rispetto alle elaborazioni del 2020 in base alle nuove date e ai nuovi vincoli. Escludendo l'obbligo di certificazione della II fase, i valori sono migliorati, come previsto.

Sulla base delle sole istanze relative alla prima fase, l'indice continua a registrare una crescita a **-0,08 nel 2019** e a **0,00 nel 2020**. Con un incremento nel 2020 rispetto all'anno precedente dell'**4%** sul valore complessivo dell'indice. Nel 2020 si è raggiunta la soglia minima di riferimento (il valore 0,00), un riscontro incoraggiante che evidenzia che è quasi raggiunto l'obiettivo di rispetto della I fase, ma la possibilità di crescita è ancora maggiore poiché il perfetto allineamento ai valori teorici si avrebbe con un indice pari a +0,15.

Contemporaneamente si conferma la diminuzione degli effetti dei finanziamenti, a cui si è fatto cenno, visibile nell'**appiattimento della curva**. Gli importi concessi, benché cospicui, sono stati sufficienti a coprire solo una parte limitata delle spese necessarie all'adeguamento e in gran parte sono stati destinati per la I o la II SCIA e di conseguenza non potranno incidere sulle scadenze successive. Nel 2019 la Regione ha anche effettuato investimenti mirati per

[10] Deliberazione della Giunta Regionale 30 settembre 2013 n. 17-6419; Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2013 n. 24-6991; Deliberazione della Giunta Regionale 8 settembre 2016 n. 2-3900 e SMI.

l'adeguamento di alcuni presidi dell'ASL CN1 [11], ma per la situazione di tali strutture e per i percorsi di adeguamento scelti gli effetti di questi nuovi finanziamenti non saranno immeditatamente evidenti.

Ottemperamento II fase (al 24/04/2019), proiezione dei risultati

Nonostante le dilazioni concesse, l'esecuzione degli interventi rimane e diventa sempre più incalzante dato il ritardo rispetto alle fasi precedenti. Il ragionamento è valido evidentemente per l'ottemperamento della seconda fase, ma va già esteso a tutte le fasi successive, quindi la terza e la quarta, che sono inevitabilmente concatenate. Il risultato delle proroghe è stato quello di traslare le scadenze intermedie verso la data finale (2025), riducendo però il tempo a disposizione per il completamento delle singole fasi, se non affrontate con anticipo. La dinamica che si rischia di innescare è quella di un ritardo che si cronicizza allungando i tempi complessivi di adeguamento. Non è un caso che le presentazioni della II istanza sono state effettuate ma solo a ridosso della data prefissata (24/04/2019).

Per capire quale sarebbe il valore dell'indice complessivo e **vedere in anticipo l'andamento dell'adeguamento** si è effettuata la proiezione di risultati annullando gli effetti delle proroghe a partire dai valori di giugno 2019, quindi immediatamente dopo la scadenza iniziale della II fase. È quasi scontato che dover certificare gli interventi di due fasi rende più **difficile mantenere alto l'indice di performance** dell'adeguamento soprattutto se la prima SCIA non è stata presentata o lo è stata ma a ridosso della nuova scadenza e la possibilità di realizzare in tempo gli interventi necessari alla II fase si è ridotto sensibilmente, ovvero se si sta già verificato l'effetto domino a causa di un iniziale ritardo.

Sulla base del numero di istanze relative alla prima fase e alla seconda fase, i dati si attestano a **-0,14 nel 2019** e a **-0,08 nel 2020**.

L'andamento osservato fino a qui è confermato, ma con una iniziale flessione e soprattutto con valori inferiori rispetto a quelli visti in precedenza e di conseguenza più lontani dagli obiettivi, come previsto e anticipato nel report del 2020.

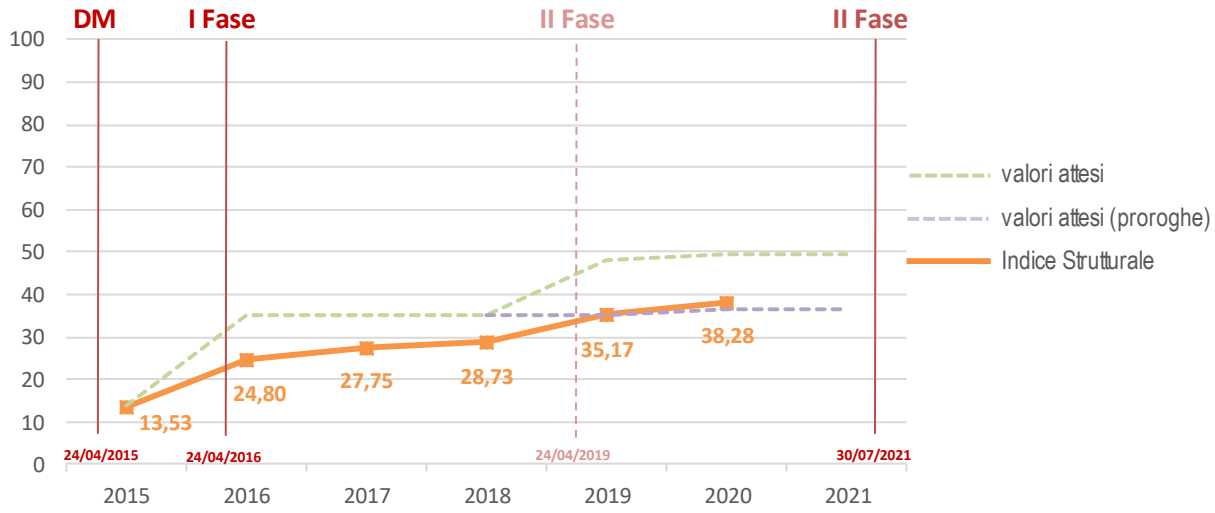
[11] DGR n. 70-8680/19

Indice di realizzazione dei requisiti strutturali

L'andamento dell'indice di realizzazione dei requisiti strutturali dal 2015 descrive la crescita dei requisiti edilizi ed architettonici negli ospedali, a prescindere dal rispetto delle scadenze amministrative. Dal confronto con l'indicatore precedente si può vedere come l'andamento sia influenzato dai medesimi fattori e come nelle differenze, che pure esistono, si possano cogliere gli aspetti rilevanti del processo di adeguamento.

Anche in questo caso, **l'andamento del valore è positivo** (figura 4) anche se **sono rimarchevoli le difficoltà** nel perseguire l'adeguamento per le motivazioni già indicate.

FIGURA 4: Evoluzione dell'indice di realizzazione dei requisiti strutturali degli ospedali dal 2015 al 2020.



*Slittamento della scadenza a seguito della proroga concessa nel 2020 (DM 20 febbraio 2020 e L. 24 aprile 2020, n. 27).

Fonte: elaborazione a cura dell'autore.

Entrata in vigore del DM 19 marzo 2015 (24/04/2015)

Con l'entrata in vigore del Decreto del 19 marzo 2015 emerge quella che è l'eredità regionale; tale situazione è tradotta in un valore del **requisito strutturale iniziale** pari a **13,53%**, ottenuto in virtù dei presidi già adeguati. Il dato è riferito al giugno dello stesso anno.

Nel percorso decennale di adeguamento dei suoi ospedali, il Piemonte parte da un valore positivo, accorciando il divario con l'obiettivo prefissato.

Termine I fase (24/04/2016)

Al temine della prima fase, il valore cresce, come atteso, per mezzo delle prime segnalazioni fino a raggiungere il **valore di 24,8% (a giugno 2016)**. Nei due anni successivi, nello stesso periodo, vediamo il valore migliorare, in modo analogo a quanto indicato per l'indice di adeguamento.

Il **valore massimo** raggiunto nel 2018, prima della scadenza originaria della II fase, è pari a **28,73%.** I requisiti strutturali che sono stati fin qui certificati attengono alla I fase e nulla è ancora riferito alla II fase.

Si può notare come nei tre anni il grafico dell'adeguamento strutturale cresce, ma meno rapidamente di quello ideale (rappresentato nella figura dalla linea tratteggiata in verde). **La forbice** tra adeguamento atteso e quello realizzato **tende ad aumentare**. Anche se l'incremento è costante, **sono necessari tempi più lunghi** rispetto a quelli utili per arrivare ai risultati attesi.

Come per l'indice di adeguamento, si registrano gli effetti dei finanziamenti, ma forse ancora più chiaramente appare che la loro esiguità condiziona i risultati del processo di adeguamento.

Estensione II fase (dal 24/04/2019)

È importante segnalare come in questa fase sia evidente lo scollamento tra i due indicatori, il valore dell'adeguamento cresce in modo proporzionale alle dotazioni effettivamente predisposte e indifferente al numero di SCIA consegnate. In questo caso sono quindi conteggiati i requisiti realizzati, che siano per la I o per la II fase, perché vanno a incrementare la dotazione complessiva.

A **giugno 2019** il valore fa rilevare un nuovo aumento fino al **35,17%:** la tendenza vista fin qui è confermata. Il rialzo è anche più significativo rispetto all'andamento dell'anno precedente, ma il differenziale non è così netto come nel 2016 cioè nella prima rilevazione dopo la scadenza della I fase. Il valore dei requisiti realizzati cresce, quindi, ma meno di quanto auspicato.

La crescita è confermata dai dati del **2020**, con l'indice che arriva a **38,28%**, con un incremento rispetto all'anno precedente di circa il **3%** sul valore totale dell'indice Nell'ultimo anno si è registrato un aumento dovuto all'incremento dei requisiti afferenti alle prime due fasi, ma è confermato anche il rallentamento dei progressi per i motivi già espressi. Nella differenza di crescita tra i due indici per l'ultimo anno (+8% contro +3%), inoltre, vi è la conferma di come la realizzazione dei requisiti sia stata inferiore alle attese e al numero delle certificazioni presentate poiché molte SCIA consegnate ai VVF, riferite alla II fase, sono risultate in realtà solo parziali in quanto hanno certificato solo una quota dei requisiti attesi.

Ottemperamento II fase (al 24/04/2019), proiezione dei risultati

Il punteggio raggiunto nel 2019 non è variato per effetto delle proroghe, non si può avere una stima duplice dei risultati. In questo caso, infatti, non vi è nessun guadagno dato dal lasso di tempo aggiuntivo, anche perché la data complessiva entro la quale giungere a compimento non è stata modificata, l'obiettivo resta il completamento degli interventi entro il 2025. L'unico aspetto che si modifica è il valore di riferimento (da linea verde tratteggiata a linea viola) che rimane pressoché equivalente a quello del 2018 anche negli anni successivi. L'effetto che si può generare dell'abbassamento del livello delle aspettative è una visione della progressione dell'adeguamento più ottimistica di quanto sia in realtà, l'indice di realizzazione, nuovamente, rivela la sua utilità nel restituire una misura effettiva dei risultati raggiunti in rapporto (valore ponderato) all'obiettivo finale.

Anche in questo caso, come per le analisi dei risultati dell'indice di adeguamento, valgono le medesime considerazioni: senza interventi portati a termine e certificati ai VVF, o senza l'inserimenti di nuovi presidi adeguati, è lecito sperare che l'indicatore possa continuare a crescere ma più lentamente o attestandosi sugli ultimi risultati rilevati.

Previsione delle tempistiche di adeguamento

Vista la serie storica di dati a disposizione si può provare a utilizzare l'indice anche a fini previsionali.

Se per ipotesi prendessimo come costante e valido anche per gli anni futuri l'andamento registrato nei quattro anni che vanno dal 2016 al 2020, ovvero da 24,8% a 38,28%, avremo una **crescita annua** media di circa **3,4** punti percentuali.

L'intervallo di riferimento preso a partire dal 2016 restituisce un trend di crescita più costante e uniforme dei valori e consente di escludere il dato iniziale registrato nel 2015 che, come premesso, è basato sui presidi già adeguati e il salto con il 2016, che è in parte dovuto all'adeguamento già effettuato e rappresenta l'anomalia rispetto alla tendenza degli anni successivi. L'uso di questo indicatore, inoltre, mette al riparo dalle variazioni dei valori che si avrebbero facendo ricorso all'indice di adeguamento (al temine di ogni fase) e consente di valutare un arco temporale più ampio sul quale calcolare l'indice annuo di crescita.

Sulla base del valore indicato possiamo affermare che servirebbero circa **18 anni** (fino al 2038) per consentire di raggiungere il valore del 100% di realizzazione dei requisiti di adeguamento per tutti i presidi attualmente in attività.

Tale ipotesi sarebbe valida o accettabile solo a patto che le politiche regionale non prevedano ancora la sostituzione di alcuni dei presidi in funzione con nuovi edifici, cosa non vera almeno per le Aziende di Città della Salute e della Scienza e l'AOU di Novara, e che non venisse imposta una spinta all'adeguamento grazie a finanziamenti mirati. Questo aspetto, invece non è prevedibile, ma chiaramente, ancora una volta, emerge come uno dei due fattori tramite i quali far accelerare la progressione dell'adeguamento.

È quindi chiaro che tale previsione debba essere vista come un termine massimo o altrimenti una stima pessimistica. Tali stime sicuramente andranno riviste ed aggiornate in positivo a seguito delle azioni indicate, ma devono fungere contemporaneamente da allarme sulle possibili conseguenze di mancati interventi correttivi.

ADEGUAMENTO DELLE STRUTTURE TERRITORIALI: 2017-2020

Analogamente a quanto presentato per gli ospedali, anche per le strutture territoriali è possibile valutare l'evoluzione dell'adeguamento secondo la scansione temporale dettata dalla normativa.

I dati disponibili ci consentono di fare ancora ricorso all'indice di adeguamento e a quello di realizzazione dei requisiti strutturali, creati nel 2020. Nel delineare la serie storica sono stati presi in considerazione i dati derivati dal monitoraggio e disponibili dal 2017, con riferimento ai presidi attivi nei vari anni. I risultati ottenuti sono, quindi, vincolati alla **variazione nel numero e nella composizione dei presidi**, variazione che risulta importante per l'ampliamento delle Aziende analizzate nel corso del periodo esaminato e anche per la dinamicità delle stesse Aziende nella gestione delle reti territoriali. Per semplicità e completezza si faccia riferimento alla tabella 2.

TABELLA 2: Strutture residenziali, composizione e numero per anno.

Anno	Aziende	Residenze	Ambulatori >1000 m^2	Ambulatori 500-1000 m^2	TOT
2017	12	11	52	19	82
2018	12	11	52	18	81
2019	12	15	65	18	98
2020	13	19	96	25	113

Fonte: elaborazione a cura dell'autore.

Le variazioni del 2020 sono importanti e derivano anche dall'azione delle Aziende che hanno modificato il bacino dei presidi, in particolare: l'ASL TO3 ha declassato 6 strutture, destinandole ad altre funzioni che non sono più soggette ad adeguamento normativo; l'ASL NO ha ricodificato 2 presidi inserendoli tra le strutture poliambulatoriali più piccole invece di quelle di maggiore superficie.

La descrizione dell'evoluzione dell'adeguamento che si vuole offrire è parzialmente semplificata rispetto a quella degli ospedali. Il motivo principale è dato dalla limitata serie storica, ma vi è anche la volontà di non ripetere le considerazioni già presenti nel documento. Le dinamiche a cui sono soggette le strutture territoriali sono analoghe se non identiche a quelle ospedaliere, è quindi valido quanto già detto nelle sezioni dedicate a questi presidi.

Inoltre, l'analisi in parallelo di più strutture necessità di semplificazione per consentire una visione complessiva senza appesantire la trattazione e acconsentire confronti tra situazioni, pur nelle diversità esistenti.

Nonostante il limitato repertorio dei dati è possibile, ugualmente, effettuare analisi e fornire indicazioni previsionali o di supporto alla programmazione a partire dalla fine della I fase. Nella presentazione ci concentreremo quindi sui risultati di entrambi gli indicatori a partire dal 2017 in poi, analizzando anche gli effetti delle proroghe.

Per quanto attiene ai parametri di riferimento e soprattutto alla distanza che esiste tra i risultati rilevati e quelli attesi, occorre fare una doverosa premessa utile a valutare correttamente i risultati, nonostante la necessità di semplificazione. La restituzione dei termini di riferimento è resa più complessa proprio per effetto delle proroghe**.** Gli effetti, come abbiamo visto, sono duplici: l'abbassamento delle aspettative e il mantenimento di tale livello più a lungo rispetto alle impostazioni iniziali. Contemporaneamente, per quanto riguarda i valori rilevati, sappiamo che le strutture sono vincolate all'adeguamento secondo differenti scadenze, le tendenze delle curve non sono, quindi, sempre comparabili, per esempio al subentrare di condizioni più gravose (la fine di una fase) i livelli di prestazione possono subire un forte perdita. Di conseguenza, nello stesso anno, possiamo riscontrare tra valori teorici e reali disallineamenti più evidenti per qualche gruppo di presidi, a causa delle differenti condizioni, piuttosto che per altri. Le differenze devono essere correttamente giustificate e il temine di confronto scelto è importante per riuscirci in modo efficace.

Nell'indicare i valori teorici degli ospedali si è anche fatto riferimento a entrambi i valori, con e senza gli effetti delle proroghe. La lettura e le valutazioni cambiano ovviamente rispetto al sistema di riferimento utilizzato. Valutando i dati in riferimento a aspettative più rigorose (senza le proroghe) si ha una valutazione più severa della situazione; al contrario, con standard più bassi (per effetto delle proroghe), si può restituire un'immagine anche troppo ottimistica.

Per semplicità di rappresentazione e di lettura dei risultati, in questo caso, si è scelto di rappresentare un solo andamento dei valori ideali, che sintetizza entrambe le situazioni e si modifica al variare delle condizioni imposte dalle proroghe vigenti. Non mancheranno, comunque, riferimenti a scenari differenti, quando utili a valutare in modo più completo i risultati.

Indice di adeguamento

Nell'evoluzione dell'allineamento delle tre tipologie delle strutture territoriali e del rispetto delle previsioni di adeguamento normative si può riconoscere una tendenza comune di **crescita dei risultati.** Tale tendenza è contraddetta dalla situazione dei piccoli ambulatori, per le ragioni che vedremo.

Per tutti i presidi territoriali, i valori registrati, come abbiamo già evidenziato, rispondono alla logica di **priorità di adeguamento** in base alla centralità dei presidi nell'organizzazione sanitaria. Tale logica è ben chiarita nel grafico di figura 5: in alto abbiamo le residenze, a metà gli ambulatori più importanti e in basso i piccoli ambulatori.

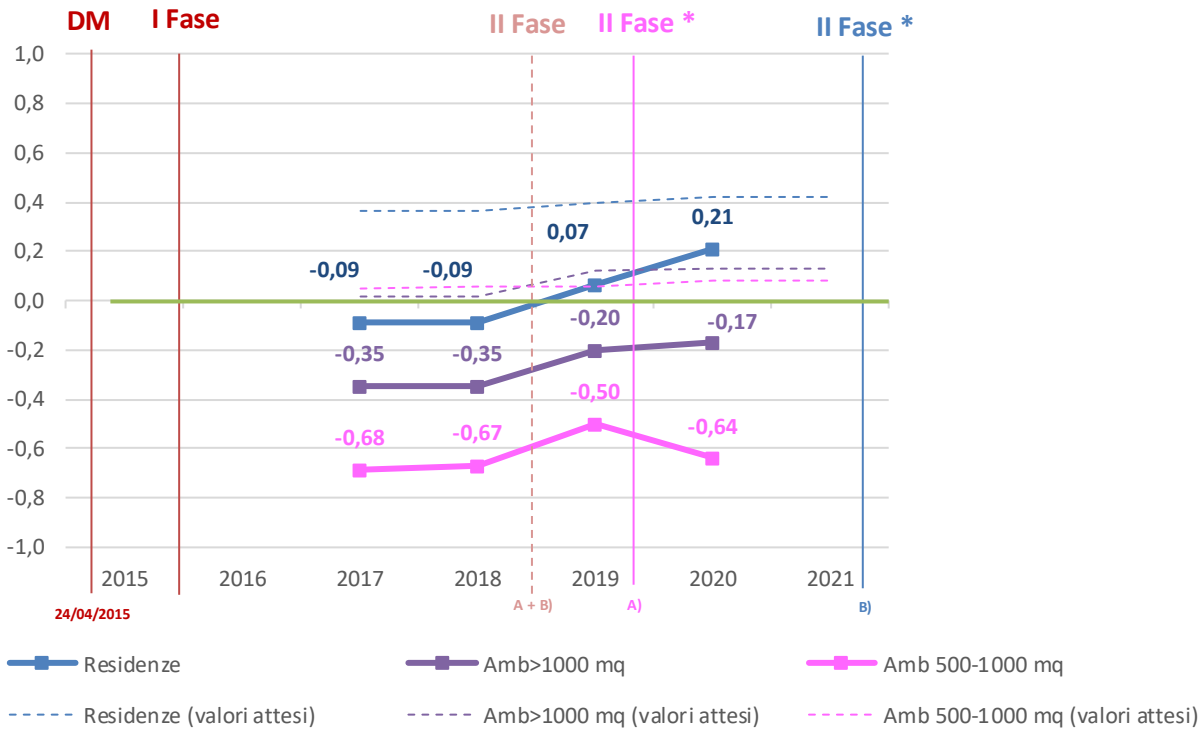
Le residenze si confermano le strutture con il più avanzato grado di adeguamento e sono le uniche strutture che si avvicinano e superano la soglia di riferimento pari a 0,00.

Gli ambulatori oltre 1000 m^2 sono seconde per tempestività dell'adeguamento e seguono la crescita delle strutture residenziali.

Gli ambulatori tra 500 e 1000 m^2 sono gli ultimi per rispetto delle previsioni normative, con numeri inferiori di SCIA presentate in rapporto alle strutture, ma hanno una crescita costante e quasi

sovrapponibile a quella delle altre tipologie territoriali, fino al 2020, quando la nuova scadenza della seconda fase fa variare questa tendenza.

FIGURA 5: Evoluzione dell'indice di adeguamento delle strutture territoriali 2017-2020.



*Slittamento della scadenza a seguito delle proroghe concesse nel 2020 (DM 20 febbraio 2020 e L. 24 aprile 2020, n. 27).

A) Ambulatori tra 500 e 1000 m²; B) ambulatori oltre 1000 m² e Residenze.

Fonte: elaborazione a cura dell'autore.

Termine I fase (24/04/2016)

Dal 2017 al 2018 i risultati sono pressoché costanti e identici per tutte le classi. I grafici sono praticamente sovrapponibili e testimoniano la **stasi dell'adeguamento**, almeno per quanto riguarda i risultati.

Ottemperata la prima fase, per i presidi in cui ciò è avvenuto, probabilmente anche grazie agli adeguamenti già realizzati in precedenza, in questa periodo non si registra un'azione funzionale all'ottemperamento della II fase. Questa considerazione non esclude l'esistenza d'interventi di adeguamento realizzati nello stesso periodo, ma solo che gli eventuali interventi, non conclusi, non hanno efficacia nel lasso di tempo analizzato.

Le spiegazioni possono essere molteplici, la prima è che i fondi per l'adeguamento destinati a ospedali, non hanno aiutato i presidi territoriali che rimangono in definitiva totalmente a carico delle Aziende Sanitarie per quanto riguarda la messa a norma. Bisogna anche pensare che l'adeguamento avviene in parallelo e in questa fase si sia data priorità agli ospedali per i quali era prossima la scadenza della II fase ed erano disponibili fondi dedicati.

Estensione II fase (dal 24/10/2018-24/04/2019)

Dal 2019 la situazione si modifica. Le proroghe hanno agito sulle scadenze originarie della II fase [12] spostando a ottobre 2019 la scadenza per gli ambulatori più piccoli e luglio 2021 (attualmente) per gli altri presidi.

Mentre per gli ambulatori maggiori di 1000 m^2 e le residenze siamo ancora pienamente nella prosecuzione della II fase, per gli ambulatori tra 500 e 1000 m^2 possiamo analizzare i risultati dell'indice prima e dopo la nuova scadenza (figura 5). Per i primi due gruppi, quindi, l'indice fa esclusivamente riferimento alle SCIA relative alla I fase, per il terzo gruppo, invece, l'indice nel 2020 valuta anche le SCIA relative alla II fase.

A seguito delle proroghe anche per le strutture territoriali sono stati rivisti i valori del 2019, precedentemente conteggiati, per tenere conto del tempo ulteriore concesso. I dati, pertanto, sono aumentati da un minimo di 0,05 fino a 0,28 punti (rispettivamente 2,5% e 14% del valore complessivo dell'indice).

In questo periodo tutti i valori crescono rapidamente, mantenendo inalterata la sovrapponibilità delle curve, almeno fino al 2020.

Le residenze sono le uniche strutture che superano la soglia di riferimento pari a 0,00, prima con un **incremento** dell'**8%** e poi del **7%** sul valore complessivo, fino a raggiungere il valore di **0,21**, ma il dato resta al di sotto dei valori attesi.

Gli ambulatori oltre 1000 m^2 fanno registrare una **crescita** nel 2019 del **7%** fino al valore di **-0,20** e del **2%** nel 2020 fino a raggiungere **-0,17**, migliorando il dato precedente ma non abbastanza da superare i minimi valori attesi.

Gli ambulatori tra 500 e 1000 m^2 risultano penalizzati rispetto alle altre strutture. Il dato ci indica **una prima crescita** nel 2019 del **8%** (-0,50) e un **peggioramento del 7%** nel 2020 a causa della nuova scadenze, per scendere al valore di **-0,64**.

Termine II fase – Ambulatori 500-1000 m^2 (dal 24/10/2019)

La situazione per gli ambulatori tra 500 e 1000 m^2 evidentemente è differente dalle altre analizzate. Nel 2020, con la **fine della II fase,** è necessario considerare anche le SCIA relative a questa fase per rilevare correttamente ritardi o disallineamenti rispetto alle scadenze.

Se analizzassimo la performance con gli stessi parametri per tutti e due gli anni, avremo l'innalzamento dell'indice in modo analogo alle altre strutture grazie all'incremento delle SCIA presentate, riferite sia alla I che alla II fase.

Ne consegue che l'incremento attuato nel 2020 non è sufficiente a compensare l'aumento degli obblighi normativi da ottemperare per restare in linea con le tempistiche previste.

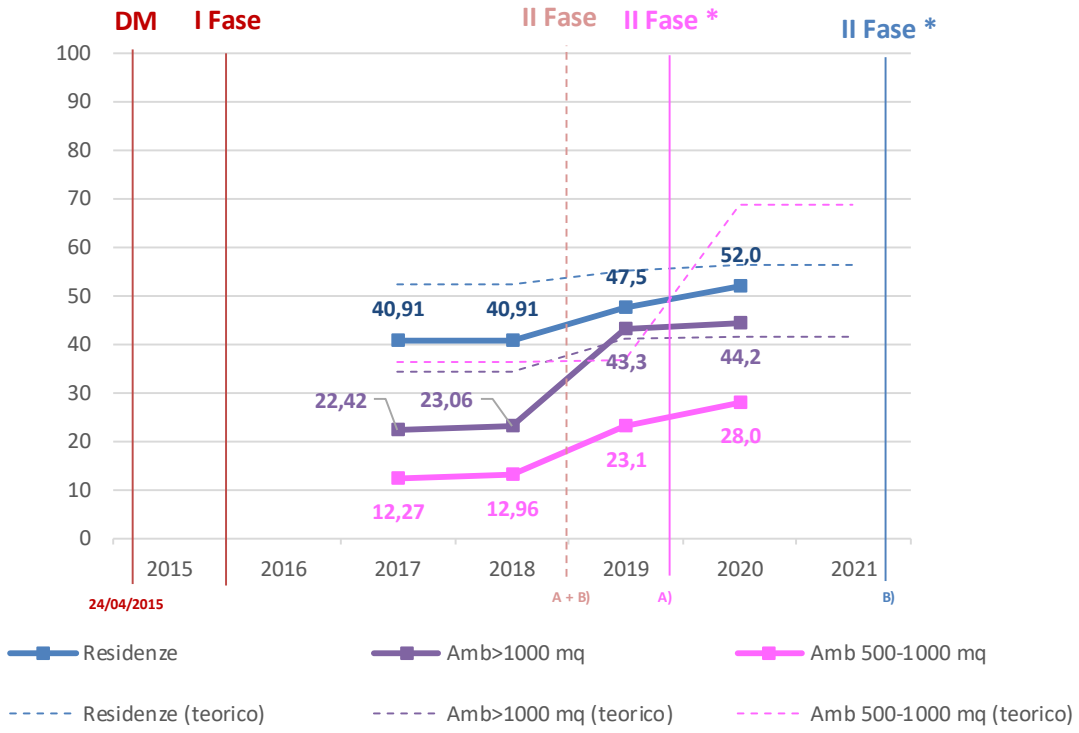
[12] Ottobre 2018 per gli ambulatori più piccoli e aprile 2019 per gli altri presidi.

Indice di realizzazione dei requisiti strutturali

Ancora una volta, l'indipendenza dell'indice di realizzazione dei requisiti strutturali dal rispetto delle scadenze amministrative ci consente di evidenziare aspetti e peculiarità dei percorsi di adeguamento dei presidi territoriali distinguendo le situazioni delle diverse tipologie di strutture.

L'**andamento è positivo** (figura 6) per tutte le strutture, con risultati differenti in termini di valori raggiunti e di incremento. La prima conferma, nelle differenze reciproche, è la priorità nell'adeguamento perseguita secondo i principi ormai noti che si rispecchia nella posizione occupata dai gruppi di presidi.

FIGURA 6: Evoluzione dell'indice di realizzazione dei requisiti strutturali delle strutture territoriali. 2019-2020.



*Slittamento della scadenza a seguito della proroga concessa nel 2020 (DM 20 febbraio 2020 e L. 24 aprile 2020, n. 27).

A) Ambulatori tra 500 e 1000 m²; B) ambulatori oltre 1000 m² e Residenze.

Fonte: elaborazione a cura dell'autore.

Termine I Fase (24/04/2016)

Dal 2017 al 2018 l'andamento di sostanziale immobilità o **minima crescita** dell'indice ricalca quanto visto per il rispetto temporale delle scadenze. Le residenze si confermano per la maggiore quantità di requisiti strutturali già realizzati, seguite dagli ambulatori oltre 1000 m² e dagli ambulatori tra 500 e 1000 m². In questo caso l'indice registra una minima crescita dei valori (inferiore all'1%) frutto delle variazioni dei presidi, ma anche dell'attività che in essi è stata effettuata.

Estensione II Fase (dal 24/10/2018-24/04/2019)

Dal 2019 l'andamento varia sensibilmente per tutte le strutture. **Le residenze** hanno un **incremento** dei requisiti strutturali del **6,6**% e **del 4,5%** (sul valore complessivo) rispettivamente nel 2019 e nel 2020, fino al valore di **52,0**. La crescita è costante a differenza degli altri casi.

Gli ambulatori oltre 1000 m² hanno un **picco di crescita** nel 2019 del **20%** e a seguire un **aumento dell'1%** circa, con un valore massimo di **44,2**. Progrediscono le dotazioni funzionali alla protezione attiva e passiva dal fuoco, ma il differenziale nell'ultimo anno è il minore registrato e porta questi ambulatori ad allontanarsi dal livello delle residenze.

Gli ambulatori tra 500 e 1000 m² sono quelli più sguarniti, con i valori inferiori di dotazioni realizzate, ma l'**incremento** è il più levato per anno con quasi il **10%** nel 2019 e il **5%** in più nel **2020**.

Il confronto tra i dati presentati e i valori di riferimento ha esiti utili e potenzialmente significativi al fine di chiarire l'andamento del percorso di adeguamento. Per chiarezza, però, è utile ricordare che, per costruzione, l'indice restituisce la somma dei valori esistenti, non compensati dalle proroghe, che non vengono, pertanto, attenuati o incrementati dal variare delle scadenze temporali. Quello che varia è solo il livello atteso con il quale effettuare il confronto.

Le residenze, nonostante i buoni risultati **non eguagliano i valori teorici**, anche se sono prossimi a questi riferimenti. Naturalmente la valutazione sarebbe peggiore se considerassimo valori teorici comprensivi dei requisiti della II fase e quindi se la scadenza non fosse stata prorogata.

Gli ambulatori oltre 1000 m² sono addirittura **superiori ai valori di riferimento**, grazie all'attenuazione degli stessi per effetto delle proroghe. Con dei valori limite più rigorosi, che non tengano conto dello spostamento della seconda scadenza, l'indice non li supererebbe. Tale indicazione ci è però utile per capire che i requisiti esistenti sorpassano complessivamente la soglia attesa per la I fase, ma non sono sufficienti se si somma quanto richiesto per I e II fase.

Gli ambulatori tra 500 e 1000 m² confermano **valori inferiori alle attese** tanto nel 2019 quanto nel 2020 quando, scaduta la possibilità di ottemperare in tempo anche alla II fase, il livello dei valori di riferimento cresce. È interessante notare il salto esistente tra i due livelli e il divario dai valori reali che cresce in modo ancora di più marcato.

Termine II Fase – Ambulatori 500-1000 m² (dal 24/10/2019)

Per quanto riguarda gli **ambulatori tra 500 e 1000 m²**, nel 2020 infatti la condizione è differente. Siamo oltre la scadenza della II fase. Come prima osservazione, possiamo sottolineare che abbiamo la conferma e la quantificazione delle anticipazioni offerte analizzando i risultati dell'indice di adeguamento. L'indice cresce, quindi vengono implementati i requisiti architettonici e impiantistici. I motivi della crescita sono molteplici, ma si può pensare che siano dovuti anche o forse soprattutto per la vicinanza con la scadenza della II fase. Il meccanismo delle fasi, che incentiva l'adeguamento per non incorrere nelle sanzioni, è innegabilmente efficace. Eppure l'obiettivo dell'adeguamento nel rispetto delle scadenze è più lontano.

Per questi motivi è interessante soffermarsi a confrontare i risultati dei due indicatori a vantaggio anche della consapevolezza della funzione e dell'utilità degli strumenti utilizzati. L'indice di realizzazione ci consegna il reale adeguamento dei presidi in base ai requisiti predisposti (52% nel 2020) e ci conferma che le aziende hanno compiuto complessivamente molti interventi incrementando effettivamente i risultati (+5% rispetto al 2019). L'indice di adeguamento ci

indica, però, che gli interventi non sono sufficienti per rimanere allineati con le richieste normative, ad ulteriore conferma che le esigenze, o se si vuole lo standard, si alza allo scadere di ogni fase. Per riuscire a riscontrare le scadenze, bisogna, quindi, agire per tempo con continuità, se vi è un ritardo il fronte di azione si amplia, per ogni struttura aumentano le risposte necessarie e diventa difficile mantenere la cadenza. Detto in modo crudo, questo meccanismo premia i virtuosi e penalizza gli altri, ma spinge verso livelli sempre più alti di sicurezza.

Previsione delle tempistiche di adeguamento

Benché i dati disponibili siano limitati ed è più ristretto il campo nel quale individuare una serie di riferimento, si può avanzare una prima ipotesi di proiezione delle tempistiche di adeguamento, analogamente a quanto fatto per gli ospedali.

Anche perché la serie di dati disponibile ha valori costanti e, come anticipato per gli ospedali, non turbata dalle tempistiche delle fasi e dagli effetti delle proroghe. Possiamo quindi considerare come regolare e valido l'intervallo di tempo che intercorre dal 2017 al 2020, con una serie storica di riferimento abbastanza lunga sulla quale costruire il tasso di crescita annuo.

Sulla base della frequenza di crescita dei diversi gruppi di presidi, per completare il percorso di adeguamento per i presidi attualmente in attività servirebbero circa **13 anni** (fino al 2033) per le **strutture residenziali** e per **gli ambulatori di dimensione inferiore** e circa **7 anni** (fino al 2027) per **gli ambulatori oltre i 1000 m^2.**

FABBISOGNO

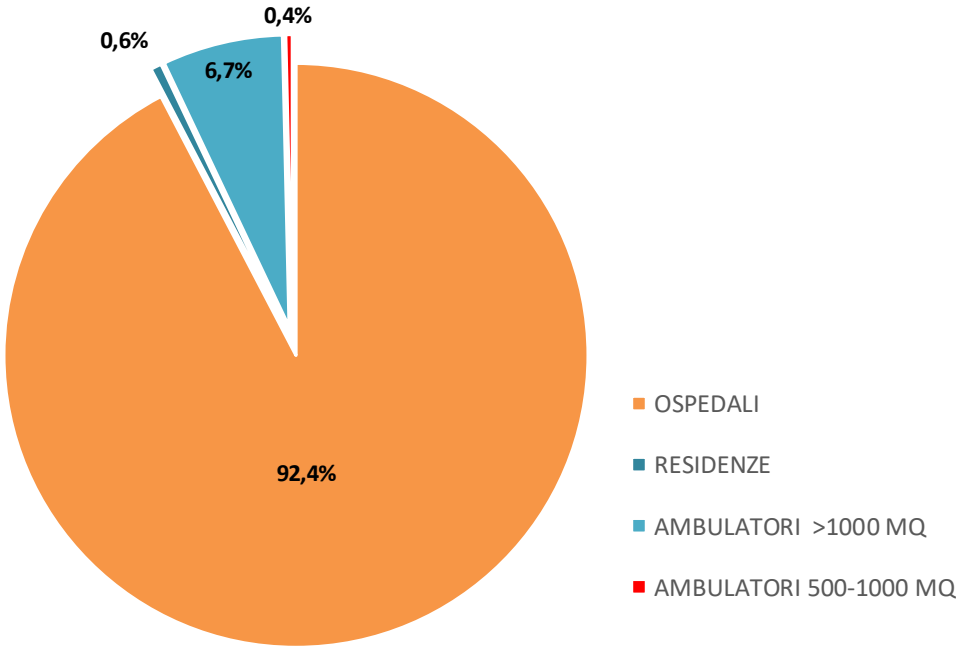
Le esigenze economiche per l'adeguamento antincendio residuo dei presidi monitorati ammontano a circa 398 milioni di euro per gli ospedali e 33 milioni di euro per le strutture territoriali, in totale **431 milioni**.

L'importo relativo alle strutture territoriali può essere ulteriormente scomposto in base alla tipologia: Le necessità maggiori, quasi la totalità (circa il 87%), sono quelle delle strutture ambulatoriali oltre i 1000 m^2; seguono le residenze (8%) e gli ambulatori minori fino a 1000 m^2 (5%).

Il fabbisogno indicato comprende le richieste di finanziamento formalizzate ufficialmente dalle ASR alla Regione tramite la procedura integrata EDISAN-DES più ulteriori esigenze, non è inserite nella programmazione aziendale, raccolte nel corso del monitoraggio. Per gli ospedali, nel 2020, per la prima volta, quest'ultima a quota è la parte minoritaria e ammonta a circa 185 milioni, pari al 46%.

Ulteriore aspetto importante della costruzione del fabbisogno degli ospedali è la ripartizione tra le Aziende, più della metà delle esigenze sono riferibili alle Aziende Ospedaliere Universitarie di Torino e Novara che hanno in progetto, evidentemente non a caso, la sostituzione di quasi tutti i presidi esistenti con nuove strutture.

FIGURA 6: Fabbisogno economico residuo complessivo per l'adeguamento: rilevazione 2020.



Fonte: elaborazione a cura dell'autore.

Circa il 92% del fabbisogno serve alla messa a norma degli ospedali (figura 6), delle strutture territoriali risalta oltre all'incidenza ridotta anche il peso delle differenti categorie, quello delle strutture residenziali e degli ambulatori fino a 1000 m^2 non è quasi rilevabile alla scala utilizzata.

Dai dati presentati è evidente il divario tra i finanziamenti a cui si è fatto cenno, attribuiti in varia misura a tutte le Aziende, e l'ammontare complessivo delle necessità residue. I finanziamenti indicati si possono stimare intorno al 10% del fabbisogno reale.

CONSIDERAZIONI

La nuova norma del 2015 è nata per recuperare il ritardo nell'applicazione del DM 2002 e per dare certezze in tema di sicurezza vista l'importanza degli edifici sanitari pubblici e delle persone che li popolano: i lavoratori del servizio nazionale o privati e i fruitori siano essi pazienti o accompagnatori e visitatori.

L'applicazione della norma, nonostante i pregi di impostazione, sconta però alcuni limiti, in parte già denunciati.

Il primo aspetto è la **mancanza di fondi** commisurati alle esigenze di adeguamento. Nonostante la firma del Ministro dell'Interno di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, volute appositamente per scongiurare carenze che rendessero sterile l'aggiornamento della norma precedente, il limite della disponibilità economica statale fin qua concessa ne ha rallentato e reso più incerta l'applicazione. La scarsità di fondi è la prima causa lamentata dalle Aziende ed è evidente come lo sia per il Piemonte, se si confrontano i finanziamenti concessi con il fabbisogno complessivo. In più c'è anche da dire che i finanziamenti a cui si è fatto cenno non hanno aiutato le strutture territoriali, per ovvi motivi di priorità e prevalenza degli ospedali.

Il secondo aspetto è dato dai **tempi normativi**, non conciliabili con le necessità delle amministrazioni pubbliche. La messa a norma di un ospedale richiede mediamente 15 anni, di cui 12 dal riparto dei fondi alla fine delle opere, mentre la norma ne ha concessi 10 totali. La proroga, intervenuta a inizio 2020, è stata meno generosa delle aspettative e non ha esteso la finestra temporale nel suo complesso, solo a causa della pandemia per Covid-19 sono state concesse ulteriori dilazioni, ma funzionali al superamento dell'emergenza in corso e allo spostamento di scadenze intermedie. L'efficacia dell'azione di adeguamento realizzata da Aziende e Regioni è fortemente vincolata a quanto effettuato negli anni precedenti all'entrata in vigore dell'aggiornamento della regola tecnica. Solo delle politiche di adeguamento già programmate con largo anticipo e in avanzato stato di realizzazione possono consentire di adeguare un ospedale nei tempi previsti. Gli effetti delle scelte politiche locali (come quelli nazionali con la proroga) possono essere positivi solo quando è possibile mettere a frutto tutto il tempo concesso.

Il terzo: in alcuni casi i ritardi aziendali sono anche effetto della **bassa priorità** assegnata alla messa insicurezza prima e all'adeguamento vero e proprio dei presidi poi, anche perché in assenza di fondi o con poco personale tecnico a disposizione è difficile conciliare le esigenze della sicurezza, con tutte le altre che possono richiedere anche interventi edilizi, impiantistici o tecnologici e ingenti risorse.

Quarto aspetto, di recente accadimento e purtroppo ancora in corso, **l'emergenza COVID-19** ha dirottato ogni risorsa economica, temporale e umana sulle necessità connesse alla gestione della crisi. L'emergenza ha sicuramente reso più complesso, per non dire impossibile, adeguare le strutture ospedaliere mentre le esigenze date dall'attività straordinaria hanno inciso pesantemente sull'organizzazione degli spazi interni ed esterni degli ospedali, a causa della necessità di realizzare posti letto, reparti, percorsi dedicati, contingentamenti ecc. Le trasformazioni sono state necessariamente così repentine e urgenti da non lasciare margine per alcuna altra azione. Gli effetti sul rallentamento del processo di adeguamento non sono ancora quantificabili con certezza, anche se una prima indicazione è rilevabile dai dati del 2020. Le differenze tra i risultati degli ospedali e delle strutture territoriali sono sicuramente influenzate

dalla variazione dei presidi analizzati negli anni di riferimento (tabella 2), ma si può anche asserire che nell'ultimo periodo è stato più difficile produrre istanze che certificano l'avvenuto adeguamento degli ospedali, rispetto a quanto è avvenuto per le atre strutture sanitarie. I motivi possono sicuramente essere ricondotti alle difficoltà maggiori di adeguamento degli ospedali, ma, forse, in questi dati vi è già l'indicazione, almeno in riferimento alla prima parte del 2020 che è rientrata nella rilevazione, dei primi effetti dall'emergenza sanitaria per il Covid-19, che ha stravolto le attività, le funzioni e l'architettura dei presidi ospedalieri più che delle altre strutture sanitarie.

Il quinto aspetto è riferito alla gestione delle **proroghe**, in particolare in riferimento a quella intervenuta nel mese di luglio 2020 e valida fino a luglio 2021 che, come indicato, ha almeno concesso di traslare le scadenze in attesa di vedere cessare l'emergenza sanitaria in corso. Ma, per quello che abbiamo indicato, questo approccio limitato al contingente e le tempistiche concesse non consentirà di recuperare il ritardo già accumulato e, cosa altrettanto importante, non consente una programmazione o meglio una riprogrammazione a lungo termine degli interventi e delle scadenze. Anche sotto questo aspetto serve una pianificazione di tutto il percorso per superare l'approccio emergenziale.

Nonostante tutto, la sicurezza antincendio dei presidi resta una priorità (così come quella sismica), anche se (o forse tanto più) durante un'emergenza sanitaria, perché in questi casi diventa ancora più tangibile il valore di ogni singola struttura, del personale e dei posti letto che possono essere garantiti.

Quando sono presenti contemporaneamente uno o più fattori indicati, si ha un effetto moltiplicatore delle difficoltà di realizzazione degli adempimenti normativi. Senza azioni correttive, la forbice tra ciò che si può ottenere e quanto è previsto dalla norma tenderà ad ampliarsi.

Per quanto le previsioni temporali proposte abbiano i limiti denunciati, la previsione rivela le conseguenze delle difficoltà, della lentezza e dell'incertezza nel percorso di adeguamento.

I risultati prospettati portano al pieno rispetto normativo dal 2027 in poi, ben oltre alle scadenze massime fin qui previste.

Cosa fare?

Come più volte indicato, la situazione in merito all'adeguamento è il risultato di quanto realizzato in precedenza e programmato per il futuro. La valorizzazione degli interventi passati, infatti, è proprio tra i princìpi che ne hanno ispirato la stesura della norma.

L'adozione di politiche che scelgano quali presidi adeguare e quali sostituire indubbiamente consente un incremento dei risultati regionali; la prima proroga concessa è già indirizzata verso questi obiettivi e verso un'allocazione corretta delle risorse, soprattutto pubbliche. È infatti previsto un ulteriore slittamento dell'adeguamento, ma sempre entro la data ultima del 2025, per i presidi la cui sostituzione con nuove strutture sia stata concordata con il Ministero, così da evitare un impiego non giustificato delle risorse. La Regione, nel tempo, ha messo ordine alla rete dei suoi presidi ed ha avviato opere di rinnovamento delle strutture, soprattutto quelle ospedaliere; sarebbe quindi indispensabile continuare tale opera per discriminare chiaramente i presidi sui quali proseguire a investire da quelli da sostituire o dismettere a favore di nuove

realizzazioni. Grazie a una visione strategica della gestione della rete delle strutture, si avrebbe nell'immediato la riduzione degli interventi di adeguamento da effettuare e la contrazione del fabbisogno corrispondente, nel medio/lungo periodo la possibilità di adeguare i presidi selezionati.

Finanziamenti per l'adeguamento dovrebbero essere finalmente disponibili, grazie soprattutto ai quasi 4 miliardi per l'edilizia sanitaria [13] previsti nella Legge di Bilancio 2019 di cui 304 milioni per il Piemonte [14] che secondo il progetto ministeriale sono da destinarsi alla sicurezza sismica, antincendio e al miglioramento tecnologico e anche ai finanziamenti che deriveranno dagli aiuti europei per affrontare l'emergenza sanitaria, che dovrebbero essere rivolti, almeno in parte, per affrontare gli stessi temi .

Per quanto si è potuto documentare, la crescita dell'adeguamento regionale ha urgenza di tutti i finanziamenti disponibili per dare garanzia di risultati, abbreviare la lunghezza dei percorsi e avvicinarsi alle tempistiche normative, se i fondi disponibili verranno impiegati in questi campi non potranno che essere ben investiti.

[13] Risorse disponibili pari a € 3.875.000.000,00 (art1, comma 559 della legge n. 145 del 30 dicembre 2018).
[14] Risorse disponibili pari a € 301.337.883,29 (Delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019).

Ringraziamenti:
Si ringrazia l'arch. Marco Carpinelli per la revisione critica del manoscritto.

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

RdF: Richieste di Finanziamento (proposte dalle Aziende Sanitarie nel contesto della procedura integrata EDISAN-DES ai sensi della DGR n. 18-7208 del 10 marzo 2014)

SCIA: Segnalazione Certificata di Inizio Attività

SGSA: Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio

VVF: Corpo dei Vigili del fuoco