

CONSERVAZIONE OD INNOVAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE PER LO  
SVILUPPO TERRITORIALE

Guido TRESALLI<sup>1</sup>, Luisa SILENO<sup>2</sup>

**SOMMARIO**

Nell'ottica della razionalizzazione della spesa sanitaria e della definizione di modelli di più ampia sostenibilità, disponibilità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie, la Regione Piemonte ha dato avvio ad un programma di riordino dei servizi sanitari locali che implica una revisione della rete delle strutture ospedaliere e territoriali. L'entità delle risorse e la rilevanza degli interventi con i quali perseguire il riordino sono tali da costituire un'occasione unica per l'avvio di processi sinergici e virtuosi che diano alla sanità un ruolo centrale nello sviluppo locale ed nella realizzazione di progetti di trasformazione meno improntati a strategie di sostenibilità dei costi, ma piuttosto finalizzati alla generazione di valore.

Il presente studio riepiloga le principali tappe dei programmi di riordino in corso, presentandone il dettaglio dei principi ispiratori, e descrive gli strumenti con i quali è possibile perseguire i livelli di competenza e di conoscenza necessari per la definizione di percorsi di sviluppo o trasformazione sostenibili ed effettivamente ponderati alle esigenze della Pubblica Amministrazione ed aperti a varie dimensioni della multidisciplinarietà, compresa quella che porta a sinergie con soggetti privati e alla possibilità di disporre delle loro competenze di nicchia e delle risorse, anche economiche, che gli stessi sono disposti ad investire per il perseguimento di obiettivi comuni e condivisi.

---

<sup>1</sup> IRES Piemonte, via Nizza, n. 18, 10122, Torino (TO), e-mail: g.tresalli@ires.piemonte.it.

<sup>2</sup> IRES Piemonte, via Nizza, n. 18, 10122, Torino (TO), e-mail: l.sileno@ires.piemonte.it.

## 1. Introduzione

Le politiche di riordino della rete ospedaliera e territoriale, congiuntamente alle strategie di investimento in edilizia sanitaria che discendono da queste, hanno indotto successive e progressive variazioni degli assetti organizzativi e funzionali del sistema sanitario locale al fine di assecondare in modo appropriato il mutare dei bisogni di cura ed assistenza di una popolazione sempre più anziana – che richiede un’attenzione particolare ai temi della cronicità e della non autosufficienza – e di valorizzare, nel contempo, le potenzialità offerte dall’innovazione in campo medico e scientifico, pur nel rispetto dei vincoli di un contesto di riferimento, anche normativo, la cui inerzia può effettivamente segnare la differenza fra quella che potrebbe essere un’evoluzione organica e complessiva e l’insieme disomogeneo di eventi episodici con il quale si ha l’ambizione di riformare il sistema sanitario regionale.

Nel presente contributo vengono brevemente introdotte le politiche di riordino della rete ospedaliera e territoriale di riferimento per la Regione Piemonte nell’ultimo decennio – che hanno progressivamente spostato l’attenzione dall’ospedale integrato dal territorio al sistema integrato della continuità assistenziale, che si estende dai poli per la gestione dell’alta complessità al domicilio del paziente - per passare successivamente alla presentazione delle principali strategie di investimento discendenti da queste, sempre più indirizzate al perseguimento di obiettivi puntuali e strategici, contestualmente allo sviluppo di progettualità e a realizzazioni che siano luoghi ed occasioni per l’innovazione, e distanti dai criteri del riparto territoriale che avevano sostanzialmente ispirato le logiche di investimento in edilizia sanitaria fino all’Accordo di programma dell’anno 2008.

La maggiore specializzazione delle strategie di investimento in edilizia sanitaria ha comportato, a monte, la necessità di una conoscenza puntuale delle criticità, delle potenzialità e degli assetti funzionali ed organizzativi dei singoli presidi ospedalieri, in modo che sia possibile definire degli indirizzi di trasformazione che, compatibilmente alle risorse disponibili, sappiano ricercare, fra tutti gli interventi possibili o necessari, quelli effettivamente opportuni, prioritari e coerenti alle politiche sanitarie regionali o comunque di riferimento. Dopo la presentazione delle politiche di riordino e delle strategie di investimento si descriveranno quindi i principali strumenti per la conoscenza del patrimonio edilizio costituito dagli ospedali piemontesi, quale presupposto per una programmazione sostenibile degli investimenti in edilizia sanitaria.

Si descriveranno quindi gli indirizzi attuali di riordino e di investimento delle reti ospedaliere, in parte determinati dalla consapevolezza discendente dalla conoscenza del patrimonio ospedaliero, e si proporrà un filone per l’innovazione dei sistemi sanitari verso un ruolo rilevante nello sviluppo locale.

## 2. Politiche di riordino della rete ospedaliera e territoriale

La salvaguardia della salute dei cittadini e la centralità delle persone sono da sempre i fondamenti su cui si basano le politiche e le strategie della Regione Piemonte in materia di sanità pubblica e proprio tali principi l’hanno portata a intraprendere un percorso che permettesse di avere una rete sanitaria sempre più efficace ed efficiente. Già con il PSSR 2007-2010 si erano manifestate le esigenze di rinnovamento delle infrastrutture e di ammodernamento delle strutture sanitarie regionali, oltre che di un cambiamento dell’organizzazione dell’assistenza territoriale per fare fronte ai reali bisogni della popolazione e perché *“la funzione ospedaliera possa esercitarsi in modo completo ed appropriato”*. Le azioni intraprese a tal fine hanno riguardato diversi livelli organizzativi del Servizio Sanitario: sovra-zonale con la riduzione delle Aziende Sanitarie, sovra-aziendale con l’aggregazione di Aziende, aziendale, attraverso lo sviluppo di nuovi modelli gestionali ed organizzativi come le Città della Salute (ASO Novara e ASO S.Giovanni Battista di Torino), extra-aziendale con il coinvolgimento sempre maggiore degli enti locali per una crescente centralità delle politiche d’integrazione socio-sanitaria.

E’ in questo contesto che nacquero i Gruppi di Cure Primarie (GCP), il cui compito era quello di *“unire strutturalmente l’attività dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta con i servizi a gestione diretta dei distretti, nella direzione di un governo clinico del territorio”*.

Con il PSSR 2012-2015 è cresciuto l’interesse per una rete sanitaria sempre più conforme alle esigenze della popolazione, capace di cogliere le opportunità di sinergie e razionalizzazione, sviluppando forme

integrate di offerta di assistenza territoriale, sulla base di un'articolazione di differente complessità funzionale delle strutture erogatrici dei servizi, differenziando le funzioni di prevenzione ed assistenza primaria da quelle dell'assistenza specialistica ospedaliera, realizzando reti ospedaliere di servizi interaziendali sovra zonali, comprendenti territori a forte possibilità d'integrazione, anche in relazione ai flussi di mobilità dei pazienti. Dunque ogni area interaziendale sovra zonale comprendeva l'Azienda Ospedaliera (AO) o l'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) di riferimento – assicurando assistenza sanitaria specialistica di alta complessità clinica – e diversi ospedali, per fornire al cittadino diversi livelli di assistenza e per rendere più efficace la programmazione delle risorse, delle attività, delle tecnologie e della logistica.

Gli ospedali sono stati quindi diversificati in: ospedali di territorio (primo livello – prestazioni di specialità di base diffuse e di bassa intensità, sede di PS semplice, di area disagiata o Punto di Primo Intervento), ospedali cardine (secondo livello – media e alta gravità clinica, sede di DEA di primo livello), ospedali di riferimento (terzo livello – prestazioni di alta specialità clinica, sede di DEA di secondo livello, possibili sedi di attività didattica e di ricerca). Questo modello organizzativo rispecchia quanto previsto dall'Addendum del Piano di Rientro<sup>3</sup>, dove la suddivisione degli ospedali in HUB (bacino 500.000-1.000.000 abitanti), SPOKE (bacino 150.000-300.000 abitanti), Pronto Soccorso semplice, Pronto Soccorso di base in area disagiata, Punti di Primo Intervento e il Sistema del 118, costituiva l'asse della riorganizzazione del sistema sanitario regionale.

Nel tempo sono stati dunque promossi diversi modelli aggregativi; attualmente, infatti, sono presenti diversi tipi di strutture nelle quali trovano sede le forme organizzative multiprofessionali operative, esse sono:

- Le Case della Salute, strutture polivalenti in grado di erogare l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 5-10.000)<sup>4</sup>, furono avviate in via sperimentale a partire dalla DGR 57-10097 del 17/11/2008.
- I CAP (Centri di Assistenza primaria), nati nel 2012<sup>5</sup>, *“strutture polifunzionali che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dei Distretti, rappresentano la base dell'organizzazione delle Cure Primarie e punto di riferimento per i cittadini e gli operatori socio sanitari del territorio.”*<sup>6</sup> Nacquero come coordinamento delle attività di Cure Primarie territoriali, per favorire l'integrazione fra i settori sanitari territoriali e fra questi e quelli extraterritoriali, per permettere l'adozione di procedure semplificate di accesso e di fruizione del Sistema sanitario, l'utilizzo di tecnologie ICT (informazione e comunicazione), la presa in carico complessiva dei pazienti al fine di delinearne il percorso di cura, la gestione coordinata delle grandi aree di cronicità, la pianificazione e la gestione integrata delle Cure Domiciliari.
- Gli Ospedali di Comunità, strutture intermedie (diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera) a servizio del territorio; sono strutture residenziali in grado di erogare assistenza sanitaria di breve durata per pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che, per mancanza di idoneità del domicilio, necessitano di ricovero, di un'assistenza medica con un livello di complessità che non può essere raggiunto attraverso le cure domiciliari o di sorveglianza infermieristica continuativa.

---

<sup>3</sup> Regione Piemonte, DGR n. 44-16145 del 28/02/2011, *Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009 n. 191*, pubblicata sul Supplemento Ordinario n. 1 al BURP n. 9 del 04/03/2011.

<sup>4</sup> Politecnico di Torino, *Casa della Salute – Linee guida per la programmazione e la progettazione*, Torino, 2016.

<sup>5</sup> Regione Piemonte, DGR n. 26-3627 del 28/03/2012, *Approvazione linee d'indirizzo per la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP). Attuazione D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 e s.m.i. La rete territoriale*, pubblicata sul BURP n. 17 del 26/04/2012.

<sup>6</sup> ARESS, *La programmazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP) in Piemonte*, Torino, 2013.

Il progressivo invecchiamento, l'aumento delle patologie croniche, la conseguente graduale crescita della non autosufficienza e lo sviluppo tecnologico in medicina hanno trovato riscontro nel Patto per la Salute 2014-2016, attraverso il quale, nell'ambito dell'assistenza territoriale, si promuovono forme organizzative complesse - Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale del SSN - per perseguire obiettivi di salute. Nella Regione Piemonte questi principi organizzativi si concretizzano attraverso la DGR 26-1653 del 26/06/2015 che, in attuazione del Patto per Salute, tende a valorizzare il ruolo del Distretto e del sistema dell'Assistenza primaria, quali risposta ad un uso appropriato dell'ospedale ed in funzione della continuità assistenziale ospedale-territorio, anche attraverso le cure domiciliari.

Nel corso dell'ultimo decennio, dunque, la Regione Piemonte, in tema di assistenza ospedaliera e territoriale, ha intrapreso strategie volte ad assicurare a tutti i pazienti uniformità e qualità di cura, attraverso l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza ospedaliera, l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale per offrire le cure il più vicino possibile alla residenza del paziente, compatibilmente con l'alta qualità, la sicurezza e l'efficacia del trattamento.

### **3. Strategie regionali di investimento in edilizia sanitaria**

Nell'ultimo decennio il fabbisogno per l'adeguamento dei presidi ospedalieri pubblici della Regione Piemonte è rimasto sostanzialmente invariato e pari a circa 1,5 miliardi di euro.

Con DGR n. 49-8994 del 16/06/2008<sup>7</sup>, facente seguito alla DCR n. 131-23049 del 19/06/2007<sup>8</sup>, con la quale è stato approvato il programma degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie per l'attivazione delle procedure per la sottoscrizione di un nuovo Accordo di programma Stato-Regione, così come perfezionato il 22 aprile 2008, si è infatti affermato *“che il fabbisogno complessivo regionale per l'adeguamento, l'accreditamento e l'umanizzazione dei presidi risulta essere di oltre 1,4 milioni di euro [rectius: 1,4 miliardi di euro]”*.

Tale valore è stato sostanzialmente confermato nelle analisi svolte negli anni successivi nell'ambito della qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri, assumendo, con riferimento agli ultimi cicli di valutazione svolti dall'IRES Piemonte nell'ambito delle progettualità riguardanti la qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri, il valore di 1,4 miliardi di euro nell'anno 2013, 1,6 miliardi di euro nell'anno 2014 ed 1,5 miliardi di euro nell'anno 2015.

Tenendo conto che nell'ultimo decennio il patrimonio ospedaliero regionale è stato interessato da nuove realizzazioni e dismissioni, e che – di conseguenza – il fabbisogno complessivo delle strutture residue avrebbe dovuto essere interessato da una significativa riduzione, la permanenza della consistenza del fabbisogno per interventi di adeguamento in edilizia sanitaria su un numero progressivamente ridotto di presidi dimostra che le dinamiche degli effetti dell'obsolescenza o del degrado che interessano le strutture esistenti non sono lineari, ovvero che si riferiscono a sistemi sempre meno disponibili all'esecuzione degli interventi necessari al loro adeguamento, con il conseguente e progressivo incremento, in termini marginali, delle risorse anche economiche da impiegare per garantire il controllo di tali effetti.

Tale interpretazione risulta confermata dalla sostanziale permanenza, negli ultimi anni, dei livelli di qualità strutturale e di età convenzionale dei presidi ospedalieri, dei quali l'unico significativo miglioramento si rileva nel periodo compreso fra il 2008 ed il 2013 per effetto degli interventi di cui all'Accordo di programma precedentemente citato.

---

<sup>7</sup> Regione Piemonte, DGR n. 49-8994 del 16/06/2008, *Programmazione investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie. Approvazione elenco interventi ammissibili al finanziamento e relativo riparto tra le Aziende Sanitarie Regionali delle risorse previste sul cap. 246973 e sul cap. 248779 per gli anni 2008, 2009 e 2010*, pubblicata sul BURP n. 26 del 26/06/2008.

<sup>8</sup> Regione Piemonte, DCR n. 131-23049 del 19/06/2007, *Approvazione del Programma degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di un nuovo accordo di programma tra Stato e Regione*.

Tale Accordo di programma - che ha previsto la realizzazione di interventi per un importo complessivo a carico dello Stato pari a circa 195 milioni di euro, di cui circa 187 milioni di euro a valere sull'art. 20 della legge n. 67/1988<sup>9</sup> e circa 8 milioni di euro a valere sul programma per la libera professione intramuraria - ha infatti costituito nell'ultimo decennio il più significativo episodio di programmazione strutturata degli investimenti in edilizia sanitaria, rimandando gli interventi ulteriori ad eventi episodici. Il modello di allocazione delle risorse adottato nell'Accordo di programma è ancora sostanzialmente quello del riparto. I fondamenti, invece, sono quelli della *“riqualificazione ed integrazione dei servizi di diagnosi e cura attraverso la realizzazione di Case della Salute e poliambulatori, l'attivazione di una rete di poli di alta complessità clinica e di una rete di ospedali sul territorio di nuova edificazione (...omissis...), alla realizzazione di interventi finalizzati all'adeguamento, umanizzazione e accreditamento dei presidi ospedalieri e sanitari esistenti ed al potenziamento dell'assistenza specialistica e diagnostica strumentale, incrementando le dotazioni tecnologiche, anche al fine di realizzare riduzioni dei tempi di attesa”*<sup>10</sup>.

Già nell'Accordo di programma in argomento si delineano quindi gli indirizzi di quella che sarebbe stata l'evoluzione negli anni successivi, improntata alla revisione della rete ospedaliera, alla revisione della rete territoriale e alla realizzazione, ovvero al completamento, di nuovi presidi ospedalieri.

La progressiva indisponibilità di risorse per riscontrare, da un lato, il fabbisogno complessivo per l'adeguamento dei presidi ospedalieri e, dall'altro, per la realizzazione di nuove strutture sanitarie, ha successivamente imposto la definizione e l'attuazione di linee strategiche di investimento in conformità a specifici obiettivi di sviluppo o trasformazione. Gli interventi di cui alla succitata DGR n. 49-8994 del 16/06/2008 e quelli successivamente ammessi a finanziamento con la successiva DGR n. 40-11758 del 13/07/2009<sup>11</sup>, infatti, hanno avuto un riscontro episodico.

E' solo con la DGR n. 17-6419 del 30/09/2013, , *“PAR FSC 2007-2013 – DGR n. 8-6174 del 29 luglio 2013 Avvio Asse ‘Edilizia Sanitaria’ – Linea di azione: ‘Ammodernamento e Messa in sicurezza dei presidi ospedalieri’.*”, che si ha nuovamente evidenza di una strategia di programmazione complessiva e strutturata, che, rinunciando al criterio del riparto territoriale, ha puntato ad interventi che mirano all'avanzamento nell'ambito di percorsi puntuali di adeguamento per la sicurezza o che contribuiscono al completamento dei presidi ospedalieri in via di realizzazione, ovvero che permettono il controllo di indifferibili esigenze di conservazione del patrimonio immobiliare.

Parallelamente alle strategie per l'ammodernamento e la messa in sicurezza dei presidi ospedalieri esistenti è stato definito ed intrapreso un percorso per l'innovazione delle reti sanitarie, da perseguire con la realizzazione di nuove strutture contestualmente alla dismissione o alla trasformazione di presidi ospedalieri critici, ossia con una bassa sostenibilità dell'esercizio delle funzioni in essi attualmente svolte. E' proprio dall'attuazione di tali strategie per l'innovazione - che attualmente trovano riscontro nelle progettualità in corso per la realizzazione del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino, nella Città della Salute e della Scienza di Novara, nel nuovo presidio ospedaliero unico dell'ASL VCO e nel nuovo ospedale centralizzato dell'ASL TO5<sup>12</sup> - che si attendono i più ampi benefici relativamente alla qualità delle strutture

---

<sup>9</sup> Legge 11 marzo 1988, n. 67, *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)*, Pubblicata nel Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 14 marzo 1988, n. 61; **fonte:** [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_353\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_353_listaFile_itemName_0_file.pdf).

<sup>10</sup> Ministero della Salute, Regione Piemonte, *Protocollo di intesa fra il Ministero della salute e la Regione Piemonte per la sottoscrizione dell'Accordo di programma, integrativo dell'Accordo 2008*, Roma, 26 marzo 2008; **fonte:** [http://www.salute.gov.it/portale/temi/investimenti/accordi/C\\_17\\_pagineAree\\_357\\_listaFile\\_itemName\\_12\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/portale/temi/investimenti/accordi/C_17_pagineAree_357_listaFile_itemName_12_file.pdf).

<sup>11</sup> Regione Piemonte, DGR n. 40-11758 del 13/07/2009, *Programmazione investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie. Approvazione elenco interventi ammissibili al finanziamento e relativo riparto tra le Aziende Sanitarie regionali delle risorse previste su capitoli di bilancio per gli anni 2009 e successivi*, pubblicata sul BURP n. 30 del 30/07/2009.

<sup>12</sup> Regione Piemonte Atti Consiliari, seduta n.150 del 26/04/16, Comunicazioni della Giunta regionale in merito a "Edilizia sanitaria" e "Nuovo Parco della Salute e della Scienza", **fonte:** <http://www.cr.piemonte.it/resocrpfoweb/dettaglioSeduta.do?sessionId=17E9E893B5E8FB757FB281B8047DDC8C.par t182node11?from=ricercaArchivio&numeroLegislatura=X&seduta=150>

sanitarie e alla sostenibilità dell'esercizio sanitario. Nell'ambito delle medesime strategie per l'innovazione si collocano inoltre i nuovi ospedali di Verduno e di Biella: il primo in fase di completamento ed il secondo in fase di avvio.

Le strategie di investimento attuali risultano quindi svincolate dal criterio del riparto territoriale ed orientate a percorsi per l'adeguamento dell'esistente e per l'innovazione delle reti sanitarie locali.

I percorsi di adeguamento dell'esistente risultano finalizzati al soddisfacimento di obiettivi specifici, in modo che possano essere risolte – fra tutte quelle esistenti e con le disponibilità economiche effettive – le criticità inderogabili, quali – ad esempio – quelle in materia di sicurezza, rispettando comunque gli indirizzi della programmazione sanitaria sul ruolo che le strutture stesse assumeranno nei nuovi assetti delle reti sanitarie, così come definiti – fra il resto - dalla DGR n. 1-600 del 19/11/2014 (integrata dalla DGR n. 1-924 del 23/01/2015), con le quali sono state formulate le linee d'indirizzo per lo sviluppo della rete ospedaliera, e alla DGR n. 26-1653 del 29/06/2015, con la quale sono stati definiti gli *“Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della DGR n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.”*.

Con la DGR n. 26-1653 si ribadisce infatti che *“le strutture ospedaliere restano la sede più adatta per la diagnosi e la cura degli episodi acuti della malattia, [mentre] le altre prestazioni sanitarie, quali visite mediche, visite ed esami specialistici, consumo di farmaci, trovano il luogo più appropriato di erogazione sul territorio”*, la cui rete dei servizi si estende fino al domicilio dei pazienti, inteso come il contesto nel quale possono essere riscontrati i bisogni del paziente cronico pluripatologico, massimizzando le risorse familiari e promuovendo le migliori azioni di compliance per il soggetto fragile.

Tenendo inoltre conto delle indicazioni del Patto per la salute 2010-2012 e del Piano Socio Sanitario Nazionale 2011-2013, che promuovono con forza sempre maggiore la deospedalizzazione e lo sviluppo dell'assistenza primaria, il tema della conferma e del consolidamento del ruolo delle strutture attualmente destinate a presidi ospedalieri, ovvero della loro trasformazione ad altro tipo di strutture sanitarie, conferma la propria rilevanza nella definizione e nell'attuazione di opportune strategie di innovazione.

Il tema della conservazione, dell'adeguamento o della trasformazione del patrimonio esistente va quindi considerato congiuntamente a quello dell'innovazione, nell'ambito della quale si ritiene che si possa puntare ai benefici derivanti dall'integrazione e dalle sinergie di risorse e potenzialità appartenenti a sistemi differenti, compresi quello territoriale, produttivo, economico, culturale e sociale locale. Operativamente tale strategia ha come obiettivo l'evoluzione del concetto stesso di ospedale, dalla visione classica di luogo di cura a nodo di una rete locale che scambia risorse con il sistema del quale è parte costitutiva al fine di generare valore e di dare avvio ad un processo di integrazione e sviluppo locale. A solo titolo di esempio, ad interventi per la riqualificazione energetica possono corrispondere quelli per la sostenibilità ambientale che puntino alla valorizzazione del territorio e delle sue risorse produttive, anche come incentivo all'occupazione o alla competitività delle piccole e medie imprese locali.

Una seconda strategia di apertura all'imprenditorialità privata potrebbe essere quella derivante dal Partenariato Pubblico Privato (PPP), che di fatto implica la definizione di un percorso comune – caratterizzato dalle competenze e dalle risorse del privato e dall'esperienza del pubblico nella tutela dell'interesse pubblico - verso un obiettivo condiviso di sviluppo, dando al legame esistente fra sanità ed economia una connotazione che si trasforma dal mero scambio, e quindi da un costo o da una spesa - ad un'opportunità di crescita sinergica ed integrata per la generazione di valore, non solo in termini economici.

#### **4. Strumenti di supporto alle politiche di riordino e alle strategie di investimento**

Come brevemente descritto nel precedente paragrafo, i cambiamenti in atto nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari puntano alla realizzazione di un sistema sanità, ossia alla costituzione di reti integrate di competenze delle quali le strutture si estendono dai presidi ospedalieri al domicilio dei pazienti e le funzioni, ospedaliere e territoriali, sono quelle che si collocano nell'ambito di percorsi assistenziali basati su un approccio interdisciplinare rispetto al paziente per garantire l'efficacia e la continuità delle cure. Nell'ambito di tali percorsi si collocano il processo di deospedalizzazione ed il contestuale rafforzamento dei

servizi territoriali, che rivestono un ruolo strategico nell'offrire un riscontro puntuale ed appropriato alle problematiche derivanti dall'invecchiamento della popolazione ed al conseguente incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza. In tale contesto il ruolo dei presidi ospedalieri è interessato dal progressivo ridimensionamento a quello di poli per la diagnosi e la cura degli episodi acuti della malattia in strutture sempre più complesse e tecnologicamente avanzate. Si solleva quindi il tema della trasformazione dei presidi ospedalieri esistenti - spesso concepiti e realizzati come luoghi statici ed omnicomprensivi per la sanità, piuttosto che come poli flessibili del sistema integrato sanità - verso scenari di più ampia sostenibilità, da ricercare con l'appropriatezza delle strutture e delle funzioni a specifici e pertinenti bisogni di salute, nonché con la capacità di razionalizzare l'impegno di risorse per la loro gestione e conduzione.

Gli strumenti ed i metodi per la qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri permettono di conoscere e descrivere quale sia la compatibilità delle strutture agli usi attuali o previsti e supportano quindi la definizione e l'attuazione dei processi di trasformazione delle reti ospedaliere, permettendo di identificare, per ogni struttura esistente, quali siano le tipologie di intervento rispetto alle quali sarà possibile perseguire i maggiori benefici a fronte delle risorse da impiegare. In conformità agli indirizzi della programmazione sanitaria regionale, ovvero a sostegno della definizione di nuove politiche per la revisione delle reti delle strutture sanitarie, è in altre parole possibile identificare, per ogni struttura esistente, se sia più conveniente definire ed attuare strategie per la conservazione, per l'adeguamento, ovvero per la trasformazione ad usi più compatibili, eventualmente a fronte della contestuale innovazione da perseguire con la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri.

La qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri è infatti determinata da variabili riconducibili alle seguenti classi:

- variabili strutturali;
- variabili economiche;
- variabili funzionali.

Le variabili strutturali restituiscono delle modalità con le quali è possibile una lettura delle principali caratteristiche edilizie ed impiantistiche dei sistemi tecnologici ed ambientali del presidio ospedaliero in termini di qualità strutturale, di età convenzionale, di compatibilità morfologico-distributiva e di classe di attitudine all'uso e/o alla trasformazione delle strutture.

In conformità ai criteri ed ai metodi dell'analisi prestazionale, la qualità strutturale, in tale contesto, è infatti intesa come la misura della corrispondenza delle prestazioni offerte dai sistemi tecnologici ed ambientali dei presidi ospedalieri ai relativi requisiti di riferimento, fra i quali quelli per l'accreditamento delle strutture sanitarie<sup>13</sup>. La misura di tale corrispondenza potrà essere ampliata attuando due differenti strategie od una loro combinazione. La prima strategia è quella che prevede un incremento delle prestazioni e dei livelli prestazionali effettivi, mentre la seconda è quella che può operare direttamente sui requisiti di riferimento, determinando una trasformazione della struttura in modo che la stessa possa confrontarsi con una differente classe di esigenze. Per comprendere quale, fra le due classi di intervento appena delineate, sia quella tecnicamente ed economicamente più perseguibile, l'età convenzionale permette di valutare la disponibilità delle strutture all'adeguamento, mentre il loro potenziale per l'innovazione è descritto dalla classe di attitudine all'uso e/o alla trasformazione, da determinare anche in ragione della compatibilità morfologico-distributiva delle strutture, dipendente – a sua volta – dalla presenza di vincoli che possono influenzare l'esecuzione di determinati interventi di adeguamento, dalla tipologia costruttiva e dall'impianto tipologico. Un'elevata età convenzionale, come indicatore generale di degrado e di obsolescenza, può ad esempio mettere in evidenza il rischio di comparsa di altre ed ulteriori criticità durante lo svolgimento dell'intervento di adeguamento delle strutture. In tal senso l'intervento ed il finanziamento potrebbero quindi risultare

---

<sup>13</sup> Regione Piemonte, DCR n. 616 – 3149 del 22/02/2000: *Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione.*

inefficienti. Una bassa classe di attitudine all'uso e/o alla trasformazione dei presidi ospedalieri, invece, può far intendere che la strategia più conveniente per il controllo delle criticità edilizie attuali sia quella che prevede una ridefinizione del ruolo della struttura verso funzioni più compatibili a prestazioni che – comunque – non potrebbero essere significativamente migliorate.

L'opportunità e la convenienza ad attuare interventi per l'adeguamento o l'innovazione delle strutture sanitarie sono supportate dalle modalità con le quali si presentano le variabili economiche, che permettono infatti di determinare quali siano i costi di adeguamento complessivi del presidio ospedaliero, il suo valore di sostituzione, il valore attuale e l'indice di intensità di intervento, definito come rapporto fra i costi di adeguamento ed il valore di sostituzione. E' evidente che – anche solo in termini di convenienza economica – al crescere del valore dell'indice di intensità di intervento aumenta anche il favore per la definizione di strategie per l'innovazione delle strutture sanitarie.

Le variabili funzionali, infine, descrivono alcuni aspetti della compatibilità fra le attività del presidio ospedaliero e gli spazi o gli ambiti dedicati al loro esercizio, sia in termini assoluti (confronto fra circostanza effettiva e riferimento teorico per la medesima attività), sia in termini relativi (confronto fra circostanze effettive riferite ad attività differenti). Le principali variabili funzionali indagano quindi differenti aspetti della sostenibilità insediativa dei presidi ospedalieri e riguardano la compatibilità degli spazi al numero dei posti letto presenti, la determinazione del numero teorico dei posti letto insediabili nella struttura, il bilanciamento fra superfici destinate a funzioni differenti e la superficie per posto letto.

Dalla lettura integrata delle variabili per la qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri è quindi possibile orientare le strategie di investimento per ciascun presidio ospedaliero verso scenari che abbiano come obiettivo il loro adeguamento, ovvero la loro trasformazione, fino al limite della loro riconversione ad altro tipo di struttura sanitaria o della loro dismissione.

Tenendo infatti conto che il fabbisogno attuale per l'adeguamento di tutti i presidi ospedalieri regionali ai requisiti minimi per l'accreditamento, ovvero ai requisiti comunque di riferimento per le funzioni attuali, ammonta a circa 1,5 miliardi di euro<sup>14</sup>, la revisione della rete ospedaliera e della rete territoriale e, di conseguenza, la natura degli interventi da rivolgere alle strutture ospedaliere attualmente esistenti, non può prescindere dalla preliminare identificazione delle strutture per le quali la riconversione, oltre ad essere un obiettivo perseguibile nell'ambito della ridefinizione delle funzioni ospedaliere e territoriali del sistema integrato sanità, comporta anche l'immediato ridimensionamento del fabbisogno di risorse per la realizzazione di interventi di adeguamento per effetto di un quadro esigenziale, e quindi di requisiti da riscontrare, meno severo rispetto a quello di riferimento per i presidi ospedalieri. Per apprezzare la rilevanza di tale effetto si dà atto che la sola dismissione o trasformazione di n. 9 fra le n. 64 strutture costituenti i presidi ospedalieri pubblici della Regione Piemonte, operata fra l'anno 2014 e l'anno 2015 per effetto delle disposizioni di cui al Piano socio-sanitario regionale 2012-2015<sup>15</sup>, ha comportato una riduzione del fabbisogno – per effetto della mancata necessità di riscontrare requisiti che corrispondevano a criticità ospedaliere – stimata in circa 131 milioni di euro<sup>16</sup>.

Per effetto di tali dismissioni e trasformazioni il patrimonio ospedaliero pubblico della Regione Piemonte risulta costituito nell'anno 2015 da n. 55 strutture<sup>17</sup>, che costituiscono i presidi ospedalieri di competenza di n. 19 Aziende Sanitarie, ripartite, a loro volta, in n. 13 Aziende Sanitarie Locali, n. 3 Aziende Ospedaliere e n. 3 Aziende Ospedaliere Universitarie.

---

<sup>14</sup> Tresalli G., Sileno L., *Qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri pubblici, Rapporto anno 2015*; disponibile, per estratto, su: [http://www.ires.piemonte.it/sanitaneu/2015\\_12\\_RapportoQualifi\\_relazione\\_sito.pdf](http://www.ires.piemonte.it/sanitaneu/2015_12_RapportoQualifi_relazione_sito.pdf).

<sup>15</sup> Regione Piemonte, DCR n. 167-14087 del 03/04/2012, *Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazionali*.

<sup>16</sup> Si veda nota 14.

<sup>17</sup> IRES Piemonte, Database Edilizia Sanitaria (DES): estrazione a dicembre 2015, aggiornamento novembre 2015.



La superficie lorda complessiva delle strutture ospedaliere pubbliche regionali è circa 2.300.000 m<sup>2</sup>, mentre il numero complessivo dei posti letto in ricovero ordinario o diurno da esse ospitato è indicativamente pari a 12.662 unità (di cui 10.912 unità in ricovero ordinario e 1.750 unità in ricovero diurno – day hospital o day surgery), che si riducono a circa 12.235 unità escludendo la specialità 31 (nido)<sup>18</sup>.

La riconversione o la dismissione dei presidi ospedalieri attua gli indirizzi del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, che prevede la riconversione o la dismissione di n. 14 fra i n. 64 presidi ospedalieri allora computati, mentre la progressiva riduzione dei posti letto è l'effetto delle disposizioni di cui al Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ovvero degli indirizzi per il contenimento della spesa pubblica e per la ricerca di una più ampia appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura, nell'ottica della continuità assistenziale.

Nonostante i processi di revisione della rete ospedaliera e territoriale attualmente in atto e alla riconversione o dismissione di parte dei presidi ospedalieri regionali, anche nel contesto di nuove realizzazioni che si configurano come interventi di razionalizzazione e sostituzione edilizia, si dà atto che il patrimonio ospedaliero regionale è costituito per circa il 25% sul numero complessivo da strutture sostanzialmente non flessibili e con criticità intrinseche derivanti dalla tipologia costruttiva, dall'impianto tipologico, ovvero dalla presenza di vincoli normativi alla realizzazione di determinati interventi e non presenta quindi un significativo potenziale all'innovazione o alla trasformazione. Tali strutture ospitano circa 3.800 posti letto (esclusa la specialità 31, nido), pari a circa il 30,1% del numero complessivo dei posti letto presso presidi ospedalieri pubblici della Regione Piemonte e presentano un fabbisogno per interventi di adeguamento stimato in circa 668 milioni di euro, incidenti per circa il 45% del fabbisogno complessivo di circa 1,5 miliardi di euro<sup>19</sup>.

L'impiego di risorse per l'adeguamento di tali strutture - non idonee alle funzioni attuali ed al tempo stesso non disponibili alla trasformazione o ad interventi di recupero intensivi e/o diffusi - deve confrontarsi preventivamente con la loro effettiva disponibilità a ricevere gli interventi previsti in termini di efficacia, affidabilità ed efficienza.

A tal proposito si dà atto che l'età convenzionale media dei presidi ospedalieri pubblici della Regione Piemonte mette in evidenza che le loro dinamiche evolutive si stanno svolgendo nella parte centrale della loro vita utile, alla quale si associa una media efficacia degli interventi di adeguamento.

L'età convenzionale calcolata nell'anno 2015 è infatti pari al 67,6%: valore inferiore rispetto a quello del 2014 (69,1 %) e che si avvicina a quello già calcolato nell'anno 2013 (67,4%). Dando atto che il valore medio determinato nell'anno 2008 era pari al 71,9% e ricordando che a valore maggiore corrisponde circostanza peggiore – e quindi, semplificando, maggiore obsolescenza e vetustà del patrimonio edilizio – si dà atto che il percorso evolutivo conferma il trend positivo nel verso dell'ammodernamento del patrimonio ospedaliero regionale, anche a mezzo della progressiva esclusione dalla rete ospedaliera delle strutture più compromesse dal punto di vista dell'età convenzionale.

Pur rilevando che dall'anno 2008 all'anno 2013 si è passati – mediamente - dalla fase tardiva di vita utile a quella mediana, la permanenza in tale fase negli anni successivi conferma però la rilevanza del grado medio di obsolescenza del patrimonio ospedaliero regionale e fa quindi emergere la necessità di definire ed attuare strategie per la trasformazione e l'innovazione del patrimonio ospedaliero. Nei sistemi particolarmente obsoleti, infatti, l'efficacia degli interventi di adeguamento può essere compromessa dalle criticità che riguardano le parti gerarchicamente superiori, fino, al limite, quelle dalle quali può dipendere il giudizio stesso sull'opportunità di avviare o ripetere ciclicamente attività di recupero, fatto comunque salvo il mantenimento dei requisiti essenziali al regolare esercizio delle attività.

Se, da un lato, le strutture ospedaliere regionali si presentano come obsolete – e quindi arretrate rispetto alle nuove esigenze determinate dall'evoluzione del contesto di riferimento – dall'altro risultano penalizzate anche in termini di qualità strutturale per effetto della sopraggiunta e progressiva non corrispondenza fra le

---

<sup>18</sup> Regione Piemonte, Flussi Informativi Ministeriali (FIM), numero posti letto pubblici: anno 2014.

<sup>19</sup> Si veda nota 14.

prestazioni offerte dai loro sistemi tecnologici ed ambientali ed i requisiti dai quali tali livelli prestazionali discendono.

Con riferimento ai dati elaborati nell'anno 2015, il livello di qualità strutturale medio dei presidi ospedalieri della Regione Piemonte è infatti pari a circa il 77,9%, dove il 100% corrisponde al pieno soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento.

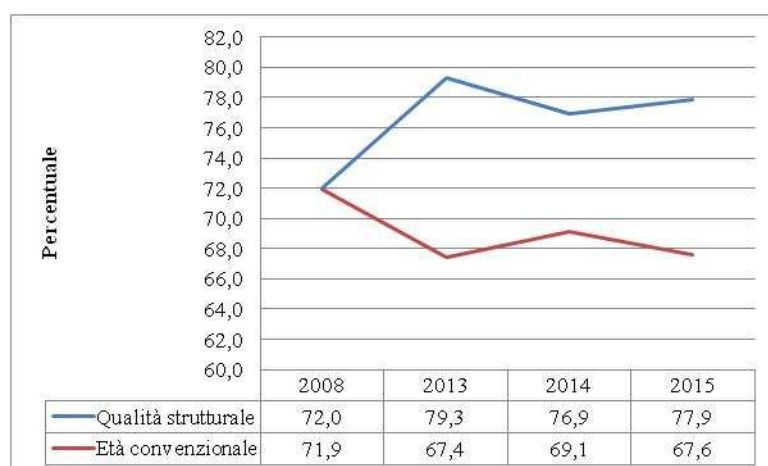
L'analisi evolutiva rivela che nel 2015 il livello di qualità strutturale è maggiore rispetto a quello determinato nell'anno 2014. Il valore di tale variabile passa infatti dal 76,9% al 77,9%.

La differenza è imputabile, da un lato, all'efficacia degli investimenti in edilizia sanitaria, sostenuti nel periodo di osservazione, per il controllo o la risoluzione di criticità puntuali degli edifici ospedalieri e, dall'altro, all'attuazione di strategie di riordino delle reti delle strutture sanitarie verso la ricerca di usi e destinazioni più compatibili alle caratteristiche, ai vincoli o allo sviluppo delle potenzialità delle stesse.

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

Pur dando atto del miglioramento intercorso fra il 2015 ed il 2014 in termini di livello di qualità strutturale, si segnala una debole flessione fra l'anno 2013 e l'anno 2014, quando tale valore è passato dal 79,3% al 76,9%. Tenendo conto che il valore di qualità strutturale determinato nell'anno 2008 era pari al 72,0% e di quanto sopra esposto si segnala che il trend è positivo (*figura 1*).

*Figura 1 - andamento dell'età convenzionale e del livello di qualità strutturale dei presidi ospedalieri*



Fonte: nostre elaborazioni su dati provenienti da: Tresalli G., Sileno L., *Qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri pubblici, Rapporto anno 2015*.

Preso atto della DGR n. 17-6419 del 30/09/2013, , “*PAR FSC 2007-2013 – DGR n. 8-6174 del 29 luglio 2013 Avvio Asse ‘Edilizia Sanitaria’ – Linea di azione: ‘Ammodernamento e Messa in sicurezza dei presidi ospedalieri’.*”, si evince però che la flessione osservata nell’anno 2014 è l’ineluttabile effetto di una strategia di intervento che, in una condizione di progressiva limitatezza di risorse per investimenti in edilizia sanitaria, ha puntato ad interventi che si collocano nell’ambito di percorsi puntuali di adeguamento per la sicurezza già intrapresi o che contribuiscono al completamento dei presidi ospedalieri in via di realizzazione, ovvero che permettono il controllo di indifferibili esigenze di conservazione del patrimonio immobiliare. In tal senso la strategia del completamento degli interventi già avviati sembra avere integrato con successo quelle già intraprese per la realizzazione di investimenti per obiettivi prioritari, quali – ad esempio – quello della sicurezza antincendio e quelle per il riordino delle reti delle strutture sanitarie.

E’ proprio grazie all’impegno per il completamento delle strutture in via di realizzazione che si prevede, nei prossimi anni, un progressivo e significativo incremento dei livelli medi di qualità strutturale. Le nuove strutture, che in linea teorica concorreranno con un livello di qualità strutturale tendente al 100%, infatti, potranno determinare un incremento dei valori regionali medi.

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

## **5. Indirizzi attuali di riordino ed investimento delle reti ospedaliere**

Le strategie di riordino della rete dei presidi ospedalieri e della rete delle strutture territoriali intraprese dalla Regione Piemonte si devono confrontare, da un lato, con l’obsolescenza ed il degrado del patrimonio ospedaliero esistente - che, oltre a non essere pienamente disponibile all’esecuzione dei possibili e necessari interventi di adeguamento, presenta mediamente una bassa attitudine alla trasformazione e all’innovazione - e, dall’altro, con l’inadeguatezza dei modelli organizzativi e funzionali attuali alle nuove sfide determinate dai processi di deospedalizzazione e per la gestione della criticità e della non autosufficienza nel contesto di nuovi assetti improntati alla continuità assistenziale, nei quali il presidio ospedaliero non rappresenta il primo e l’unico riferimento per l’accesso al servizio sanitario, bensì uno dei tanti poli di un sistema integrato nel quale concentrare risorse, tecnologie e specializzazioni per la gestione delle acuzie e dell’alta complessità.

Le strategie di riordino risultano quindi improntate ai principi di complementarietà, centralizzazione ed integrazione dei servizi e, per la loro attuazione, si possono sviluppare lungo percorsi aperti a varie dimensioni della multidisciplinarietà, compresa quella che porta a sinergie con soggetti privati e alla possibilità di disporre delle loro competenze di nicchia e delle risorse, anche economiche, che gli stessi sono disposti ad investire per il perseguimento di obiettivi comuni e condivisi.

### **5.1. Principio di complementarietà**

La complementarietà prevede l’articolazione dei percorsi sanitari per livelli di intensità di cura in modo che gli stessi possano accompagnare gli utenti alle strutture nelle quali sono erogate, in condizioni di sostenibilità, di appropriatezza e di competenza, le prestazioni sanitarie necessarie. L’articolazione dei percorsi per livelli di intensità di cura trova riferimenti, anche normativi, a partire dalla riforma del sistema sanitario nazionale introdotta con il D.Lgs. 502/1992, che intendeva rispondere alle esigenze di maggiore economicità, efficacia ed efficienza nell’erogazione dei servizi, nonché di maggiore flessibilità ed apertura rispetto a bisogni della popolazione in grande cambiamento.

Dalla costituzione del servizio sanitario nazionale, infatti, l’attenzione ai poli ospedalieri - che per anni, congiuntamente al medico di medicina generale, hanno completato, erroneamente ed agli occhi dei cittadini, il quadro dei riferimenti e delle scelte per l’accesso al servizio sanitario – si è progressivamente spostata verso il territorio, riservando ai presidi ospedalieri il ruolo di luoghi sempre più complessi per il trattamento

degli episodi acuti e rimandando alle reti non ospedaliere un ruolo fondamentale nella costituzione dei percorsi per la continuità e la completezza assistenziale, per il controllo preventivo dell'appropriatezza degli accessi ospedalieri e, soprattutto, per la gestione delle patologie croniche e della prevenzione.

Lungo tali percorsi rivestono un ruolo fondamentale, e costituiscono ancora delle sfide, l'assistenza domiciliare e le forme organizzate dell'Assistenza primaria, da intendersi come segmenti di un percorso integrato che non punta più solo ed esclusivamente all'ospedale, bensì alla salute e alla sostenibilità dell'assistenza, in termini di appropriatezza, tempestività ed economicità, secondo canali differenti – seppur integrati – per la gestione dell'acuzie, della cronicità e della prevenzione. In tale disegno l'ospedale non costituisce un punto di arrivo, raggiunto il quale si ha certezza che si potrà avere comunque una risposta ad un qualunque bisogno di salute, bensì un luogo di transito lungo un percorso che ha come punto di partenza e di arrivo il letto del paziente, dove potrà essere coltivato il sogno, sempre più prossimo, di una sanità a misura d'uomo.

In tale disegno - che trova recenti riscontri nella DGR n. 1-600 del 19/11/2014, come integrata dalla DGR n. 1-924 del 23/01/2015, con le quali sono state formulate le linee d'indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale e nella DGR n. 26-1653 del 29/06/2015, con la quale sono stati definiti gli *“Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.”* - anche il ruolo dei presidi ospedalieri deve essere rivisto in modo che le risorse e le competenze possano essere dedicate e concentrate ai segmenti che possono essere curati in condizioni di sostenibilità, appropriatezza e qualità nell'ambito delle funzioni ad essi demandate. Poiché tali segmenti rappresentano una quota parte del percorso complessivo e – certamente – una competenza più limitata rispetto a quella attuale – perché strettamente riferita al trattamento delle acuzie nel contesto dell'alta complessità – è possibile immaginare una maggiore concentrazione delle funzioni ospedaliere, una riduzione del numero complessivo dei posti letto e, conseguentemente, una razionalizzazione delle reti ospedaliere, mediante la concentrazione delle loro attività, in un numero minore di poli da destinare alla loro erogazione.

## 5.2. Principio della centralizzazione

La strategia della centralizzazione prevede la concentrazione delle funzioni ospedaliere in un numero ridotto di poli e concorre, tra l'altro, nel controllo degli effetti, anche economici, della ridondanza o della frammentazione di funzioni e processi, valorizzando, parallelamente, la logistica delle forniture e degli approvvigionamenti, nonché la gestione delle strutture. La concentrazione delle funzioni ospedaliere deve comunque confrontarsi con l'accessibilità delle strutture, anche in relazione al loro ruolo nella rete dell'emergenza-urgenza.

La riduzione del numero dei presidi ospedalieri e la conseguente concentrazione delle funzioni in un numero ridotto di poli di erogazione deve comunque essere sostenuta dal rafforzamento delle reti non ospedaliere, dalla definizione di percorsi e processi che permettano l'effettivo controllo degli accessi e delle dimissioni ospedaliere – in modo che i due eventi non si configurino come episodi, bensì come tappe di un percorso complessivo già predefinito, consolidato e personalizzabile a diversi profili d'utenza – e dalla valorizzazione del ruolo di strutture intermedie, come – ad esempio – le Unità Complesse di Cura Primarie.

## 5.3. Principio dell'integrazione fra servizi

I poli ospedalieri, come luoghi della gestione dell'alta complessità e quindi anche della specializzazione, costituiscono l'occasione della convergenza di competenze differenti nell'ambito del medesimo percorso di diagnosi e cura ed è proprio dalla sinergia che si realizza con lo scambio di criteri, metodi, informazioni ed esiti che ciascuna specializzazione può acquisire nuovi strumenti per lo sviluppo delle competenze ad essa afferenti, ovvero offrire un contributo alla definizione di un unico percorso integrato verso il raggiungimento di un obiettivo comune. Tali sinergie possono realizzarsi sia fra specializzazioni omologhe, come – ad esempio – quelle cliniche, sia fra competenze tipicamente appartenenti ad ambiti differenti, come quello della medicina e chirurgia, della ricerca, della didattica e dell'imprenditorialità. Ciascuno di tali ambiti, infatti, si fonda almeno in parte sugli esiti acquisiti da almeno una delle altre specializzazioni e restituisce, a sua volta, degli esiti che possono riscontrare esigenze di altre competenze. La condivisione di sfide e

percorsi, quindi, oltre a permettere la razionalizzazione delle risorse necessarie per il raggiungimento di obiettivi comuni, permette di concentrare e veicolare gli sforzi e l'impegno per il loro perseguimento, creando le condizioni per la restituzione di esiti immediatamente utili e disponibili a ciascuna delle competenze interessate.

La realizzazione di sistemi sanitari improntati alla complementarietà, alla centralizzazione ed all'integrazione delle funzioni e delle strutture ed, in ogni caso, i processi di trasformazione sono percorsi che si estendono al medio periodo e comportano l'impegno di risorse, o meglio, disponibilità di risorse.

Si assume infatti che la loro fattibilità dipenda, almeno in parte, dalla sostenibilità economico-finanziaria degli interventi, che può essere dimostrata mettendo a confronto gli investimenti, ovvero le quote per la remunerazione degli investimenti sostenuti, con i risparmi derivanti dall'attuazione dei programmi di riordino definiti. Esiste comunque una non contestualità fra le disponibilità di risorse necessarie nel breve periodo per la realizzazione degli interventi ed i benefici, od i risparmi, che si possono conseguire nel medio periodo a fronte dell'attuazione di tali interventi. Tale contestualità può essere ricercata ed ottenuta trasformando i costi di realizzazione, che implicano la disponibilità di risorse, in spese o canoni per la remunerazione degli interventi a mezzo di strumenti attuativi ricadenti nel Partenariato Pubblico Privato.

Generalizzando, infatti, le realizzazioni ricadenti nel Partenariato Pubblico Privato, possono permettere alla Pubblica Amministrazione l'immediata realizzazione di un intervento a mezzo di disponibilità economiche di soggetti privati a fronte della corresponsione di un canone, di una diversa utilità economica comunque pattuita *ex ante*, ovvero del riconoscimento del diritto allo sfruttamento diretto delle opere realizzate all'operatore economico, che pertanto si assume anche il rischio delle fluttuazioni negative di mercato della domanda del servizio medesimo. Si veda in tal senso la disciplina di cui alla Parte IV del D.Lgs. n. 50 del 18/04/2016<sup>20</sup>.

Al di là degli aspetti economico-finanziari, che implicano comunque un profitto a favore dell'operatore economico realizzatore, uno dei valori aggiunti delle strategie di realizzazione ricadenti nel Partenariato Pubblico Privato è quello derivante dalla sinergia fra l'esperienza della Pubblica Amministrazione e la competenza maturata dai soggetti privati in settore sempre più tecnologici, innovativi e di nicchia, quali – appunto – quelli che caratterizzano i sistemi ospedalieri.

La complementarietà, la centralizzazione, l'integrazione dei servizi e, per la loro attuazione, lo sviluppo di percorsi aperti alle risorse e alle competenze dei soggetti privati trovano riscontro in tutte le progettualità attualmente in corso per la realizzazione di nuovi ospedali nella Regione Piemonte, come i poli sanitari del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino e della Città della Salute e della Scienza di Novara, il nuovo ospedale dell'ASL VCO ed il nuovo ospedale dell'ASL TO5.

## **6. Sanità e sviluppo locale**

Per quanto esposto nei precedenti paragrafi, la sanità può offrire all'imprenditorialità locale almeno i tre seguenti percorsi di sviluppo:

- percorsi per lo sviluppo di nuove imprenditorialità;
- percorsi per la convergenza di competenze nell'ambito di obiettivi di medio periodo;
- percorsi per lo sviluppo delle piccole e medie imprese locali.

### **6.1. Percorsi per lo sviluppo di nuove imprenditorialità**

I percorsi per lo sviluppo di nuove imprenditorialità possono avvenire tramite incubatori o *start up*, ossia tramite l'erogazione di servizi finalizzati alla valorizzazione delle attività di ricerca in campo sanitario attraverso il trasferimento tecnologico, ovvero la valorizzazione della proprietà intellettuale, il

---

<sup>20</sup> Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50: Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture (G.U. n. 91 del 19 aprile 2016).

perfezionamento di accordi contrattuali con Aziende esistenti o la creazione di nuove imprese con l'obiettivo di produrre e commercializzare i prodotti della ricerca applicata.

L'incubatore è quindi l'interfaccia fra il mondo della ricerca in campo medico, finalizzata alla produzione di beni ad uso sanitario, ed il mondo imprenditoriale in grado di curare la loro commercializzazione.

I progetti di trasformazione che prevedono la realizzazione di poli ospedalieri con funzionalità integrate costituiscono l'occasione per la realizzazione di strutture per la valorizzazione del segmento di competenza comune della ricerca applicata e dello sviluppo industriale, secondo il modello della "Tripla Elica", nel quale Università, Imprese, e Pubblica Amministrazione collaborano sfruttando le reciproche complementarità per stimolare l'attività di innovazione, e secondo il paradigma della "Open Innovation", con il quale le imprese perseguono lo sviluppo tecnologico non solo con progetti di ricerca e sviluppo interni, ma anche attingendo a risultati e competenze esterne.

Dal punto di vista funzionale, tali attività si possono sviluppare attraverso due principali filoni: quello dell'incubazione di idee e quello dell'incubazione d'impresa.

L'incubazione d'idee riguarda il trasferimento tecnologico, fondato sulla tradizionale attività di *licensing* di brevetti, e accompagnato da attività di ricerca collaborativa con imprese esistenti. Tale ricerca collaborativa si rende necessaria per assicurare un miglior indirizzamento dei progetti di ricerca, un più rapido sviluppo dei risultati dalla ricerca all'applicazione industriale, e una più efficace trasmissione delle competenze. A sua volta, l'attività di ricerca collaborativa può realizzarsi sia con il distacco di piccole unità di ricerca e *scouting* tecnologico presso gli enti di ricerca, con una stretta integrazione con le attività ivi realizzate, sia con l'insediamento di unità di ricerca di maggiori dimensioni. Tali unità di maggiori dimensioni possono continuare a godere della vicinanza con gli enti di ricerca, ma possono allo stesso tempo avere una maggiore autonomia progettuale.

Il secondo filone, quello dell'incubazione d'impresa, ovvero lo stimolo e il supporto alla nascita e alla crescita di imprese *start up*, generalmente *spin off* della ricerca, è complementare a quello precedente, e può risultare indicato quando:

- il maggior costo di transazione connesso alla creazione di una nuova impresa viene compensato dalla prospettiva di poter giungere ad attività industriali aventi uno sbocco diretto sul mercato,
- si vuole coprire un possibile *gap* tra il livello di sviluppo massimo esercitabile dall'ente di ricerca e quello minimo richiesto dalle imprese per interessarsi all'innovazione in oggetto,
- la *start up* consente di raccogliere e mantenere nel tempo un *pool* di competenze, in modo più efficace di quanto potrebbe fare l'ente di ricerca.

Nella seguente tabella si riassumono le principali caratteristiche delle due tipologie di incubatori sopra brevemente introdotte (tabella 1).

*Tabella 1 – Tipologia degli incubatori*

	<b>INCUBATORE DI IDEE</b>	<b>INCUBATORE D'IMPRESA</b>
<b>Definizione</b>	Organizzazione di servizi finalizzata allo sviluppo e valorizzazione delle attività di ricerca.	Organizzazione di servizi finalizzata al supporto delle nuove imprese.
<b>Finalità</b>	Sviluppo di idee imprenditoriali innovative e con potenzialità di valorizzazione commerciale.	Avvio di imprese con potenzialità di produzione di beni e servizi innovativi per il mercato di riferimento.
<b>A chi è rivolto</b>	Ricercatori con idee imprenditoriali innovative e passibili di trasferimento tecnologico.	Ricercatori con idee imprenditoriali innovative e passibili di trasferimento tecnologico.

	<b>INCUBATORE DI IDEE</b>	<b>INCUBATORE D'IMPRESA</b>
<b>Punto di partenza</b>	Idea innovativa con potenziale di trasferibilità al mercato.	Idea innovativa con potenziale di trasferibilità al mercato attraverso la creazione d'impresa
<b>Punto di arrivo</b>	Realizzazione e brevettazione di beni e servizi commercializzabili.	Creazione di una impresa spin off ad alto contenuto di conoscenza spin off della ricerca.
<b>Sviluppo successivo</b>	Accordo commerciale con impresa già esistente per la produzione e la commercializzazione dei beni, oppure realizzazione di nuova impresa.	Accelerazione e consolidamento dell'Impresa nel mercato di riferimento
<b>Opportunità comuni in fase di incubazione</b>	Supporto tecnico, amministrativo e logistico; Piano di sviluppo e commerciale; Gruppi di lavoro interdisciplinari di supporto.	
<b>Opportunità distintive in fase di incubazione</b>	Finanziamento diretto; Ricerca applicata; Sperimentazione clinica.	Accesso agevolato a rete di finanziatori; Accesso agevolato a laboratori e a strutture universitarie.
<b>Temi rilevanti per l'applicabilità del modello</b>	Titolarità degli esiti della ricerca universitaria, ossia identificazione dei soggetti in grado di accedere all'incubatore; Specificità della ricerca universitaria, ossia questione etica sulla ricerca finalizzata all'imprenditorialità; Procedure e protocolli di sperimentazione clinica (compatibilità con il periodo triennale di incubazione o certificazione dei livelli intermedi).	Modello attuale largamente applicato nel mondo, in Italia gli incubatori d'impresa hanno incominciato a diffondersi dalla fine degli anni novanta.
<b>Struttura essenziale dell'incubatore</b>	Parti comuni, uffici, studi e laboratori di ricerca.	Parti comuni, uffici e studi. Possibilità di condivisione dei laboratori.

I due approcci sono in realtà strettamente complementari. Ciò vale in particolare per i settori *biotech*, farmaceutico e *medtech*, nei quali le start up sovente non giungono a realizzare prodotti e servizi e livello industriale, ma ricercano semmai una *exit* accelerata con l'acquisizione da parte di *player* affermati a metà del percorso di sviluppo. In questo, diventa strategica la contiguità tra *start up* e unità di ricerca di imprese.

Entrambe queste attività si devono poter collegare strettamente a centri impegnati in progetti di ricerca di alto livello, appoggiandosi inoltre a infrastrutture tecnico-scientifiche adeguate, così da evitare inutili e costose duplicazioni di infrastrutture di ricerca.

## 6.2. Percorsi per la convergenza di competenze

I percorsi per la convergenza di competenze della Pubblica Amministrazione e di soggetti privati hanno occasione di concretizzarsi nell'ambito delle progettualità ricadenti nell'ambito del Partenariato Pubblico Privato. Come anticipato in precedenza, nell'ambito dei processi di sviluppo e trasformazione che si concretizzano a mezzo di tale convergenza, la Pubblica Amministrazione può beneficiare delle competenze specialistiche o di nicchia e delle disponibilità economiche di soggetti privati, i quali, come contropartita, ricevono dal Settore Pubblico o dalla gestione di servizi connessi alla realizzazione degli interventi un'equa remunerazione per l'anticipazione del capitale necessario al loro compimento, garantendosi una stabilità sul mercato che si estende al medio periodo ed acquisendo dall'interazione con la Pubblica Amministrazione un'esperienza che può operare come un fattore per l'incremento della loro competitività nell'ambito di processi simili.

Tenendo inoltre conto che la remunerazione del soggetto privato ha tipicamente avvio nel momento in cui l'intervento realizzato con anticipazione di capitale proprio è funzionale alla Pubblica Amministrazione o alle sue esigenze, le fattispecie rientranti nell'ambito del Partenariato Pubblico Privato trovano un interesse comune nella tempestività e nella qualità dell'esecuzione, soprattutto nel caso in cui da quest'ultima può dipendere, almeno in parte, il margine di profitto per l'operatore privato. Quando poi tali realizzazioni riconoscono al soggetto privato la competenza per la progettazione, è evidente che si risolvono preventivamente le problematiche derivanti dalla possibile incoerenza fra i contenuti dei differenti livelli di progetto e, soprattutto, dagli eventuali vizi di fattibilità dell'opera o degli interventi progettati, seppur a fronte di una maggiore necessità di controllo sulle attività da parte della Pubblica Amministrazione al fine di verificare il puntuale e completo soddisfacimento delle proprie esigenze nel rispetto di tutti gli interessi dei quali la stessa è interprete e custode.

### *6.3. Percorsi per lo sviluppo delle piccole e medie imprese locali*

I percorsi per lo sviluppo delle piccole e medie imprese locali possono essere definiti nel momento in cui il presidio ospedaliero viene visto come un polo produttivo che scambia risorse con il sistema del quale è parte costitutiva al fine di generare valore e di dare avvio ad un processo di integrazione e sviluppo locale.

In tale contesto il presidio ospedaliero può concorrere alla formazione della domanda di forniture e servizi riscontrabili dall'offerta di sistemi produttivi locali, come – ad esempio – quelli riconducibili alle logiche della “filiera corta” per la ristorazione. In tal caso il raggiungimento ed il mantenimento dei requisiti necessari per contrarre con la Pubblica Amministrazione può indurre il miglioramento e l'innovazione dei processi produttivi dei segmenti artigianali e delle piccole imprese, costituendo anche l'occasione per l'incremento della loro competitività non più solo alla scala locale.

Oltre alle strategie di scambio, delle quali ne è appena stato fornito un esempio, è inoltre possibile che fra più Soggetti Pubblici differenti, eventualmente anche con la partecipazione di Soggetti Privati, sostengano investimenti per progetti aventi come obiettivo il soddisfacimento di esigenze proprie ed, al tempo stesso, la generazione di valore, non necessariamente economico, per la collettività. Con riferimento ai presidi ospedalieri, ad esempio, la realizzazione di impianti di cogenerazione a biomasse può comportare l'utilizzo di prodotti a basso impatto ambientale delle coltivazioni locali, oltre ai residui organici recuperabili dalle stesse (scarti della lavorazione dei prodotti agricoli) e quindi sottratte dalla catena della gestione dei rifiuti in termini di inquinamento e di costo per lo smaltimento. Le biomasse per il funzionamento del cogeneratore possono essere coltivate nel medesimo ambito territoriale, permettendo la valorizzazione delle aree agricole dismesse o non produttive. Anche per le aree già produttive, il fabbisogno di biomasse può incentivare ed orientare la produzione già in atto e favorire il riassetto – anche in termini patrimoniali – dei lotti e dei residui agricoli. La coltivazione delle biomasse nelle aree agricole dismesse o non produttive può inoltre incentivare l'occupazione nel settore produttivo agricolo od impegnare, eventualmente, utenze disagiate nell'ambito di percorsi verso il reinserimento sociale.

## **7. Conclusioni**

Il grado di obsolescenza medio del patrimonio ospedaliero regionale ed, al tempo stesso, il fabbisogno complessivo per la realizzazione degli interventi necessari al suo mantenimento in efficienza – così come descritti con gli strumenti ed i metodi della qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri – impongono delle riflessioni sulle modalità con le quali accompagnare le strutture attuali nel percorso delineato per l'evoluzione del sistema sanitario regionale verso modelli di più ampia sostenibilità, con riferimento sia alla qualità, alla tempestività, all'appropriatezza e alla disponibilità delle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali con le quali dare riscontro ai mutati bisogni di salute della popolazione, sia all'entità delle risorse con le quali garantire il suo stesso esercizio.

Nell'ambito del riordino delle reti ospedaliere e territoriali, la sostanziale conferma delle modalità con le quali negli ultimi anni si presentano le variabili per la qualificazione edilizia e funzionale delle strutture sanitarie – nonostante gli investimenti sostenuti per il controllo o la risoluzione delle criticità edilizie esistenti – fa intendere che una delle strategie con le quali pervenire al riordino delle reti ospedaliere e



territoriali regionali sia quella dell'innovazione, da perseguire con la realizzazione di nuovi poli ospedalieri in luogo di più ospedali vetusti, obsoleti e non più disponibili ad importanti e diffusi interventi di adeguamento a causa dei vincoli o delle criticità che intrinsecamente ne limitano l'efficacia o l'efficienza.

Tenendo conto che il fabbisogno stimato per l'adeguamento di tale tipologia di presidi ammonta a circa 668 milioni di euro e che il numero di posti letto in essi ospitati è pari a circa 3.800 unità, si dà atto che l'ipotesi del trasferimento delle funzioni svolte in tali strutture in nuovi poli ospedalieri farebbe decadere la necessità di investimento appena indicata, la quale sarebbe idonea alla realizzazione di nuovi poli ospedalieri per circa 1.800 posti letto. Dando inoltre atto che il valore attuale di tali strutture è stimato in circa 1,4 miliardi di euro, è evidente che l'ipotesi della loro parziale alienazione sarebbe sufficiente a coprire il fabbisogno complessivo per la realizzazione di un numero di poli ospedalieri idoneo al recupero integrale delle funzioni attuali, pur prescindendo da logiche e strategie di razionalizzazione delle attività.

Alla luce delle indicazioni appena riportate si ritiene quindi che la strategia dell'innovazione, ovvero della realizzazione di nuovi poli ospedalieri, sia perseguibile ed anzi auspicabile. Seguendo i principi ispiratori delle progettualità attualmente in corso, si ritiene inoltre che le nuove realizzazioni debbano essere improntate alla complementarità fra servizi ospedalieri e servizi territoriali, alla centralizzazione delle funzioni ospedaliere in un numero minore di poli, nei quali ricercare anche integrazioni e sinergie fra attività appartenenti a competenze differenti, in conformità al livello di specializzazione del polo stesso.

In ogni caso si ritiene che i poli ospedalieri debbano essere concepiti e realizzati per una gestione e conduzione aperta all'imprenditorialità e alle risorse locali, nell'ambito di percorsi che possano favorire o incentivare lo sviluppo delle piccole e medie imprese presenti sul territorio, determinando il progressivo incremento della loro competitività.

Poiché i mancati investimenti per l'adeguamento delle strutture esistenti non corrisponde ad una disponibilità di risorse per la Pubblica Amministrazione, si ritiene che nell'ambito dei percorsi per l'innovazione delle reti ospedaliere i Soggetti Privati possano interpretare un ruolo fondamentale, sia nei processi per l'acquisizione di competenze di nicchia, sia nella sostenibilità economico-finanziaria degli interventi stessi, grazie ad un'opportuna anticipazione di capitale a fronte di una remunerazione estesa al medio periodo.

Parallelamente ai percorsi per l'innovazione si ritiene che, nelle more della loro attuazione, debbano continuare ad essere realizzati interventi puntuali per la risoluzione di criticità attuali rilevanti ed indifferibili, quali – ad esempio – quelle in materia di sicurezza.

La fattibilità di ogni strategia – per l'innovazione o per l'adeguamento dell'esistente – dipende comunque da un'opportuna conoscenza dell'esistente, quale presupposto per identificare il punto di partenza del percorso verso modelli di più ampia sostenibilità del sistema sanitario, che le nuove progettualità in atto – soprattutto quelle relative ai Parchi della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione e alle Città della Salute e della Scienza – e le strategie in atto per il riordino delle reti ospedaliere e territoriali, collocano in un passato ogni giorno più lontano.

## **8. Bibliografia**

AA.VV., Reti sanitarie: una lettura evolutiva verso la definizione di nuovi confini dell'assistenza, in IRES Piemonte, Scenari del Piemonte Futuro Piemonte Economico Sociale 2016, giugno 2016.

Carpinelli M., Giordano L., Jachino C., Macagno S., Sileno L., Tresalli G., Bellelli S. Morena F. M., Strumenti e metodi a supporto della pianificazione strategica degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie della Regione Piemonte, in La Rosa M., Perino G. (a cura di), Strumenti per la sanità 2014, pp. 115-180, IRES Piemonte, Torino, 2016.

Tresalli G., Sileno L., Qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri pubblici della Regione Piemonte – Rapporto anno 2015, Torino, 2016.

Regione Piemonte (a cura di), Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione della Città di Torino, Studio di Fattibilità, Torino, 2015.

Barbera C., Sala C., Tresalli G., Strutture sanitarie: criticità e programmazione in Antincendio, n. 6-2015, pagg. 50-63, Edizioni EPC Periodici, Roma, giugno 2015 .

Tresalli G., Sileno L., La spesa per gli interventi in edilizia sanitaria: da costo ad investimento – in atti della XXXV Conferenza Italiana di Scienze Regionali, Uscire dalla Crisi. Città, Comunità e Specializzazione Intelligenti, Padova, 2014.

Bellelli S., Carpinelli M., Giordano L., Jachino C., Iaropoli S., Macagno S., Morena F., Sileno L., Tresalli G., Viberti G., Le molteplici sfaccettature del sistema sanità tra sfide e nuove risposte, in Informaires – Piemonte Economico Sociale 2013, n. 46, pagg. 41-77, Edizioni IRES Piemonte, Torino, giugno 2014.

Tresalli G., Sileno L., Una sfida rilevante: la qualificazione del patrimonio edilizio della Regione Piemonte, in Relazione Annuale sulla Situazione Economica, Sociale e Territoriale del Piemonte – 2013, pagg. 249-256, Torino, giugno 2014.

Matta I., De Mitri F., Caleca G., Giordano L., Jachino C., Sileno L., Tresalli G., Qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri regionali: schede di sintesi, Torino, 2013.

ARESS (a cura di), Linee Guida per l'adeguamento antincendio delle strutture sanitarie regionali – Indirizzi metodologici ed operativi, Torino, 2013.

ARESS (a cura di), Analisi di prefattibilità del nuovo ospedale A.S.L. TO5, Torino, 2013.

ARESS (a cura di), Procedure regionali di programmazione e monitoraggio in edilizia e tecnologie sanitarie: risultati dell'anno 2013, Torino, 2013.

ARESS (a cura di), La programmazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP) in Piemonte, Torino, 2013.

ARESS (a cura di), Programmazione degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie ai sensi della D.G.R. n. 29-13683 del 29/03/2012 (procedura integrata Edisan-D.E.S.) – Analisi delle richieste di finanziamento per l'anno 2013, Torino, 2013.

Matta I., De Mitri F., Caleca G., Giordano L., Jachino C., Sileno L., Tresalli G., Presidi ospedalieri: schede di sintesi per la qualificazione edilizia e funzionale, Torino, 2012.

Tresalli G., Matta I., Caleca G., Jachino C., Sileno L., Strategie per l'asset ospedaliero della Regione Piemonte, in Progettare per la Sanità, n°128, dicembre 2012.

Matta I., Tresalli G., Città della Salute e della Scienza di Torino – Il Master Plan, in ARESS Regione Piemonte, Strutture e Tecnologie per la Sanità (collana di pubblicazioni scientifiche divulgative), Torino, 2011.

Matta I., Tresalli G., Edilizia Sanitaria – Indicatori a supporto della qualificazione edilizia dei presidi ospedalieri, in ARESS Regione Piemonte, Strutture e Tecnologie per la Sanità (collana di pubblicazioni scientifiche divulgative), Torino, 2011.

Matta I., Tresalli G., Edilizia Sanitaria – Indicatori a supporto della revisione della rete dei presidi ospedalieri, in ARESS Regione Piemonte, Strutture e Tecnologie per la Sanità (collana di pubblicazioni scientifiche divulgative), Torino, 2011.

Matta I., Tresalli G., Monitoraggio informatizzato del patrimonio ospedaliero regionale, in ARESS Regione Piemonte, Strutture e Tecnologie per la Sanità (collana di pubblicazioni scientifiche divulgative), Torino, 2011.

Tresalli G., Bigaran R., Caleca G., Jachino C., Matta I., Puppato D., Ranieri P., Sileno L., De Mitri F., Età convenzionale dei presidi ospedalieri, Torino, 2010.

Tresalli G., Qualità e manutenzione: principi generali, in: Lacirignola A., Nuccia Maritano Comoglio (a cura di), Controllo della qualità in edilizia, Aracne Editrice, Roma, 2010.

Lombardo M., De Mitri F., Matta I., Tresalli G., Caleca G., Jachino C., Sileno L., Potenzialità edilizie dei presidi ospedalieri, in ARESS Piemonte, Strumenti per l'innovazione delle funzioni tecnico-logistiche nel Servizio Sanitario Regionale, Torino, 2010.

Lombardo M., De Mitri F., Tresalli G., Matta I., Caleca G., Jachino C., Sileno L., Età convenzionale dei presidi ospedalieri, in ARESS Piemonte, Strumenti per l'innovazione delle funzioni tecnico-logistiche nel Servizio Sanitario Regionale, Torino, 2010.

Lombardo M., De Mitri F., Bigaran R., Caleca G., Jachino C., Matta I., Puppato D., Ranieri P., Sileno L., De Mitri F., Tresalli G., Monitoraggio informatizzato del patrimonio ospedaliero regionale: analisi integrata edilizia-tecnologie, in ARESS Piemonte, Strumenti per l'innovazione delle funzioni tecnico-logistiche nel Servizio Sanitario Regionale, Torino, 2010.

Comoglio Maritano N. (a cura di), Valutazione della qualità globale degli interventi edilizi. Proposte di metodo e applicazioni, CLUT, Torino, 2002.

## ABSTRACT

Piedmont started a reorganization program for local health services that requires a revision of the network of hospitals and territorial structures, thinking to the rationalization of health spending and the setting-up of models of sustainability, availability and suitability of health services. In fact it should ensure the realization of all the building works needed to give feedback to priorities for existing buildings and, to define the medium-term strategies that provide for their adaptation, otherwise a transformation that, overcoming the boundaries of competence of ASL (Local Health Units), allows to take advantage from potentiality of network models, otherwise synergies resulting from different economic and production system integration, such as, for example, the territorial one or entrepreneurship and applied research.

Whereas the estimated needs for adaptation of existing public hospitals of Piedmont to the minimum building requirements for accreditation, or for the implementation of measures needed to ensure appropriated performances of existing buildings, amounts about 1.5 billion euro, it is clear that the definition of such a medium-term strategies must be compared with the theme of conservation, adaptation or innovation of existing assets, or with the possibility of conversion of these buildings to other uses or with new buildings . It becomes strategic to have tools and methods to understand what are the critical issues, the potentiality and the attitudes to the transformation of existing assets and, at the same time, to propose projects towards sustainability of structures and health networks models.

This paper concerns tools and methods for the construction and functional qualification of hospitals and also the ways with which critical issues of existing structures were identified and solved in line with innovation of structures and health networks, also in the context of transformation projects or urban and regional development.