

SANITÀ E NUOVE POLARITÀ URBANE. IL PROGETTO DEL PARCO DELLA SALUTE,
DELLA RICERCA E DELL'INNOVAZIONE DELLA CITTÀ DI TORINO

Giovanna Perino¹, Guido Tresalli², Luisa Sileno³, Francesca Paolucci⁴

SOMMARIO

La trasformazione della città di Torino negli ultimi decenni è stata letta da studiosi di diverse discipline focalizzando l'attenzione sulle conseguenze generate dalla perdita delle grandi aziende e sulla ricerca di nuove leve di sviluppo, dall'economia della conoscenza al tema del loisir, per citare alcuni esempi. Il presente lavoro si inserisce in parte nel filone di studi richiamato poiché presenta una analisi della trasformazione del tessuto urbano torinese – mediante una ricognizione delle polarità principali – e delle strategie di innovazione della rete ospedaliera della Regione Piemonte. La ricognizione del Quadrante Sud della città e dei progetti di trasformazione ad esso relativi è affiancata alla lettura della polarità futura e potenziale del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino che, per le sue caratteristiche di alta complessità, si configura più di altre quale leva di sviluppo a tutti gli effetti, tale da poter attivare sinergie non solo nell'ambito considerato ma sull'intera città. Attraverso il *paper* si intende pertanto presentare la lettura di una progettualità sanitaria, articolata come quella in oggetto, in relazione al contesto urbano nel quale se ne prevede l'inserimento, dettagliandone il modello strutturale ad alta complessità, le soluzioni dal forte contenuto innovativo e, quindi, i nuovi modelli di funzionamento e di gestione delle attività in un'ottica di efficienza e sostenibilità economica e finanziaria. Si analizza dunque il Partenariato Pubblico-Privato quale procedura omonima per finanziare la realizzazione di opere pubbliche. Questa in particolare, condotta opportunamente, è in grado di generare una crescita del soggetto pubblico e del soggetto privato che può diventare sviluppo se la virtuosità prospettata diventa costitutiva di un ambiente che restituisce al territorio, alla sua popolazione e agli operatori economici attivi il valore generato dagli investimenti che lo hanno interessato.

¹ IRES Piemonte, via Nizza n. 18, 10122 Torino (TO), e-mail: perino@ires.piemonte.it

² IRES Piemonte, via Nizza n. 18, 10122 Torino (TO), e-mail: g.tresalli@ires.piemonte.it

³ IRES Piemonte, via Nizza n. 18, 10122 Torino (TO), e-mail: l.sileno@ires.piemonte.it

⁴ IRES Piemonte, via Nizza n. 18, 10122 Torino (TO), e-mail: paoluccifrancesca.to@gmail.com

1. Introduzione

La Regione Piemonte è impegnata da anni nella riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, che coinvolge le strutture sanitarie ed interessa il personale e la popolazione. Rientrano in questo processo, a partire dal 2005, i progetti per la realizzazione del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione della Città di Torino e dei nuovi ospedali dell'Azienda Sanitaria Locale TO5 e dell'Azienda Sanitaria Locale del Verbano-Cusio-Ossola.

La progettualità del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione della città di Torino, in particolare, si discosta dagli altri sia perché prevista nel cuore della Città Metropolitana, sia per il modello strutturale e organizzativo, adeguato ad una struttura ad elevata complessità assistenziale e di insegnamento. La polarità che si andrà a costituire sarà inoltre parte integrante dei percorsi e dei luoghi di cura del sistema sanitario, e sarà integrata da un polo didattico e un polo di ricerca clinica e traslazionale, oltre che con il sistema regionale della ricerca di base. Dal punto di vista sanitario e assistenziale, il PSRI ospiterà infatti le attività e le strutture ad elevata complessità attualmente presenti nei quattro presidi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino; dal punto di vista della ricerca e della didattica, accoglierà le attività afferenti la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino. Ad esso si affiancheranno un'area verde e destinazioni residenziali e commerciali a complemento di quelle terziarie pubbliche e di servizio.

Dall'attuazione delle politiche di riorganizzazione sin qui brevemente richiamate, si attendono benefici relativi al miglioramento della qualità delle strutture sanitarie e della sostenibilità dell'esercizio sanitario, e derivanti dall'integrazione tra medicina specialistica e medicina di territorio. Nondimeno, con particolare riferimento al PSRI, i benefici attesi sono connessi agli effetti sulla dimensione urbanistica e funzionale della città e alle relazioni a queste sottese, generati dalla realizzazione di un nuovo polo con le caratteristiche descritte nel presente contributo. Il PSRI, previsto nell'area Avio-Oval già oggetto di un ampio progetto di riassetto e riqualificazione urbanistica e funzionale, concorrerà ad incrementare in modo esponenziale i flussi, gli spostamenti e le reti di relazioni che oggi la caratterizzano, favorendo nuovi rapporti con il territorio e con le altre polarità già presenti e in divenire, rafforzandone il ruolo di "porta Sud" e accompagnandosi ad externalità che richiederanno di essere gestite.

Il progetto del PSRI, e le relazioni che potenzialmente si instaureranno con il territorio, richiedono soluzioni complesse, dal forte contenuto innovativo e, quindi, un nuovo approccio progettuale per individuare le competenze e le risorse necessarie. Ricerca e innovazione costituiscono dunque le parole chiave sia della fase in corso, per la definizione del progetto del PSRI, sia per le fasi successive. Esse costituiscono infatti il presupposto per il progresso tecnologico e per la specializzazione delle soluzioni, e dunque una vera e propria opportunità di confronto fra Pubblico e Privato. La progressiva indisponibilità di risorse pubbliche per investimenti in edilizia sanitaria ha incentivato l'apertura a nuove modalità di finanziamento dell'opera pubblica, entro le quali il soggetto pubblico e quello privato non si limitano a scambiare competenze e risorse ma le condividono per la definizione di un percorso comune.

Coniugare le strategie di innovazione della rete ospedaliera con nuove forme di partnership pubblico-privato e con la riqualificazione del tessuto urbano mediante l'introduzione e la trasformazione di poli attrattori costituisce la sfida nella sfida e l'oggetto di questo contributo dalla duplice valenza, sanitaria e territoriale, che persegue l'obiettivo di prospettare alcuni elementi alla base di nuovi paradigma di *governance*, collaborativa e multilivello, e nuove partnership tra organizzazioni pubbliche e private.

2. Trasformazione multipolare del territorio torinese

2.1 Classificazione delle polarità urbane per funzioni

Il tema dell'evoluzione in senso multipolare dello schema di organizzazione spaziale delle funzioni di alto livello ha assunto, in particolar modo a partire dagli anni 2000, una rilevanza crescente nel campo degli studi urbani. La trasformazione territoriale che conduce alla formazione di una pluralità di poli in un'area definita non è da intendersi come una perdita di identità della città quanto piuttosto come una specializzazione delle sue diverse parti, che mirano ad accrescerne la potenzialità complessiva. Il fenomeno dello sviluppo multipolare rappresenta pertanto il superamento del modello di area metropolitana basata su uno schema che contrappone nettamente un centro – il *core* dell'area o, per le città europee, il suo centro storico – alla periferia – la periferia urbana della città centrale, l'area conurbata o la più ampia cerchia delle cinture gravitanti sul *core* (Mela *et al.*, 2008).

La tesi sopra riportata è stata verificata in diversi approfondimenti di tipo sociologico e urbanistico. L'IRES Piemonte ha condotto una prima ricognizione nel 2008 (*Ibidem*), aggiornata ed ampliata nel 2013 (Paolucci *et al.*, 2013) con una analisi della multipolarità e della forma urbana dell'area metropolitana torinese, attraverso la quale è stato possibile fotografare, rispetto allo studio del 2008, i molti e significativi cambiamenti che hanno caratterizzato Torino e il suo intorno negli ultimi anni. In particolare, a partire da un excursus sul concetto di “polarità” legato alle diverse funzioni urbane di elevata qualificazione, sono stati individuati dei criteri per classificarle, connessi al grado di specializzazione funzionale, alla capacità di generare spazio pubblico e all'interconnessione con il contesto spaziale in cui si inseriscono. Le funzioni prevalenti individuate sul territorio torinese corrispondono al Commercio, con i grandi centri commerciali, espositivi e fieristici; alla Cultura e tempo libero, comprensiva di parchi, sistema museale, beni di interesse artistico e storico-culturale, impianti sportivi di rilevanza metropolitana; alle Università e centri di ricerca; ai Poli tecnologici e imprese; agli Aeroporti, retroporti e logistica. Quando in una polarità si verifica la compresenza di più di una delle funzioni citate si genera il criterio definito della Multifunzionalità, che affianca i precedenti. Negli studi sin qui richiamati la funzione Sanità è stata contemplata marginalmente, confermando una tendenza diffusa negli studi in campo socio-economico e territoriale, caratterizzante anche la programmazione di molte regioni italiane. I piani sanitari regionali, pur avendo una impostazione secondo un approccio integrato tra aspetti sanitari, sociali e ambientali, risultano infatti avulsi dal resto della programmazione, con collegamenti nulli con altri programmi regionali e, in particolare, con i programmi per la competitività e per la coesione, quali il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) e il Fondo Sociale Europeo (FSE) (Perino, 2014). Il presente contributo si distingue dai precedenti perché non solo contempla la sanità, e i diversi poli che ne costituiscono la rete, unitamente ad altri fenomeni socio-economici, ma anche perché considera le funzioni ad essa riconducibili come determinanti per la trasformazione urbana e territoriale.

Nel periodo più recente, per Torino, è stato possibile riconoscere una tendenza al decentramento delle funzioni prevalenti, i cui bacini di utenza e gravitazione hanno dimensioni tali da non competere con la concorrenza dell'area centrale. La più diffusa accessibilità, la presenza capillare delle reti tecniche ed infrastrutturali, l'opportunità di trovare all'esterno del *core* urbano aree di più ampie dimensioni a più basso costo, sono variabili di estrema importanza alla base delle scelte di localizzazione, e delocalizzazione, di attività e funzioni. A queste si affiancano l'esigenza di adeguare l'offerta di servizi al decentramento della popolazione, unitamente alle sollecitazioni provenienti da politiche locali, volte ad attrarre funzioni di alto livello in particolari ambiti metropolitani (Mela *et al.*, 2008).

La classificazione delle polarità in funzioni specifiche è stata accompagnata da una lettura delle stesse in base al grado di specializzazione funzionale, alla potenzialità di generare spazio pubblico e al grado di interconnessione di una polarità rispetto al contesto spaziale nel quale si inserisce. Il primo criterio consente di differenziare le polarità di carattere essenzialmente monotematico, che presentano una concentrazione di funzioni di natura analoga, da quelle dotate da una compresenza di attività più spiccatamente eterogenee. Il secondo criterio riguarda la capacità di una polarità di generare spazio pubblico, e permette di distinguere tra

polarità che offrono al proprio interno spazi per l'incontro e la fruizione pubblica e altre che ne sono prive. Il grado di interconnessione rispetto al contesto, invece, distingue tra polarità a basso grado di interazione con il loro intorno e altre che, al contrario, si avvantaggiano delle relazioni con il proprio ambiente urbano e irradiano su di esso effetti di riqualificazione e consolidamento di un'identità spaziale. Utilizzando tali criteri e prendendo in considerazione solo le "combinazioni" maggiormente significative, sono state selezionate e classificate, come rappresentato nella tabella seguente, cinque tipologie di polarità (*Ibidem*):

- ✓ Capsulari. Possono essere sia specializzate che multifunzionali, sono caratterizzate per la separatezza dal contesto spaziale in cui si collocano, dove lo spazio pubblico generato è interno alla polarità e funzionale al suo tematismo. Rientrano in questa tipologia, ad esempio, gli outlet ed i complessi turistico ricreativi.
- ✓ Urbane Capsulari. Comprendono funzioni qualificate che pur producendo uno spazio pubblico interno, restano in condizioni di isolamento dalla città. Rientrano ad esempio in questa tipologia i complessi polifunzionali che sorgono attorno agli aeroporti e che presentano, oltre ai servizi connessi al trasporto aereo, anche alberghi, commercio e talora attività ricreative e culturali.
- ✓ Focali. Presentano relazioni significative con la città pur non generando spazio pubblico. Sono in generale delle zone che contribuiscono allo sviluppo di un'area urbana senza favorire necessariamente la creazione di spazi di incontro interni alla zona stessa. Rientrano in questa tipologia piccole o medie attività artigianali, tali da instaurare rapporti di complementarietà con l'intorno più prossimo.
- ✓ Tecnico Specializzate. Non generano spazio pubblico e sono indifferenti al contesto. Ricadono all'interno di questa categoria aggregazioni di funzioni rare che possono favorire un certo grado di isolamento, rispetto all'intorno urbano immediato nonostante una significativa loro integrazione con la realtà socio-economica metropolitana. Tra gli esempi di questa polarità sono compresi i parchi tecnologici, i centri di ricerca, i sistemi ospedalieri.
- ✓ Urbane Multifunzionali. Centrali, presentano una forte integrazione nell'area urbana e partecipano significativamente alla sua riqualificazione. Le funzioni comprese possono avere diversa natura – culturale, di servizio, commerciale – e si contraddistinguono per elevata qualificazione e per rilievo metropolitano. Periferiche, possiedono le stesse caratteristiche delle prime ma si manifestano in aree esterne o parzialmente esterne rispetto al centro città (es. centri commerciali). È possibile classificarle per Tipo (I, II o III) in base al numero di funzioni presenti.

Tabella 1 - Classificazione per tipo delle polarità metropolitane, anno 2017

<i>Tipo di polarità</i>	<i>Specializzazione funzionale</i>	<i>Generazione di Spazio pubblico</i>	<i>Grado di interazione con l'intorno urbano</i>
Polarità Capsulari Specializzata	Monotematica	Sì	Basso
Polarità Capsulari Multifunzionale	Pluritematica	Sì	Basso
Polarità Urbane Capsulari	Pluritematica	Sì	Basso
Polarità Focali	Monotematica	No	Alto
Polarità Tecnico Specializzate	Monotematica	No	Basso
Polarità Urbane Multifunzionali	Pluritematiche	Sì	Alto

Fonte. nostra elaborazione da "Lo sviluppo multipolare dell'Area Metropolitana Torinese", 2008

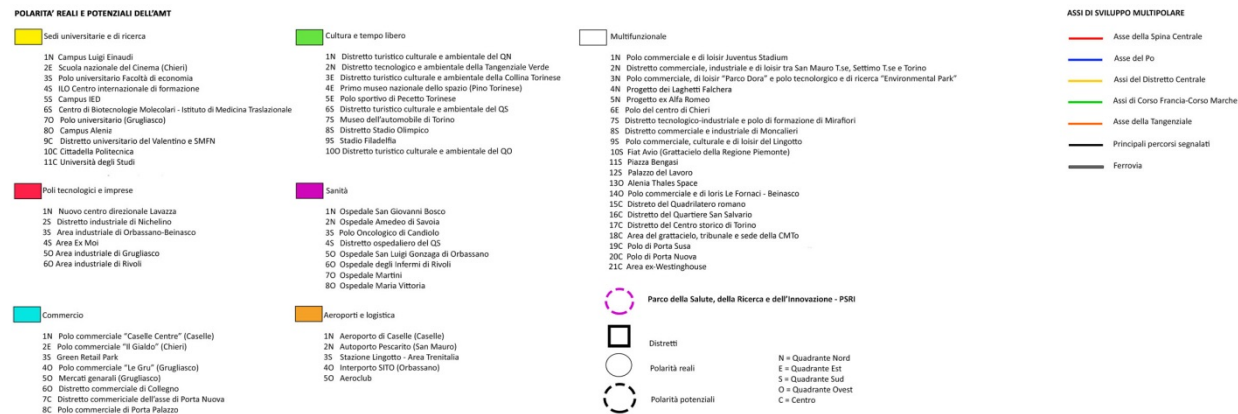
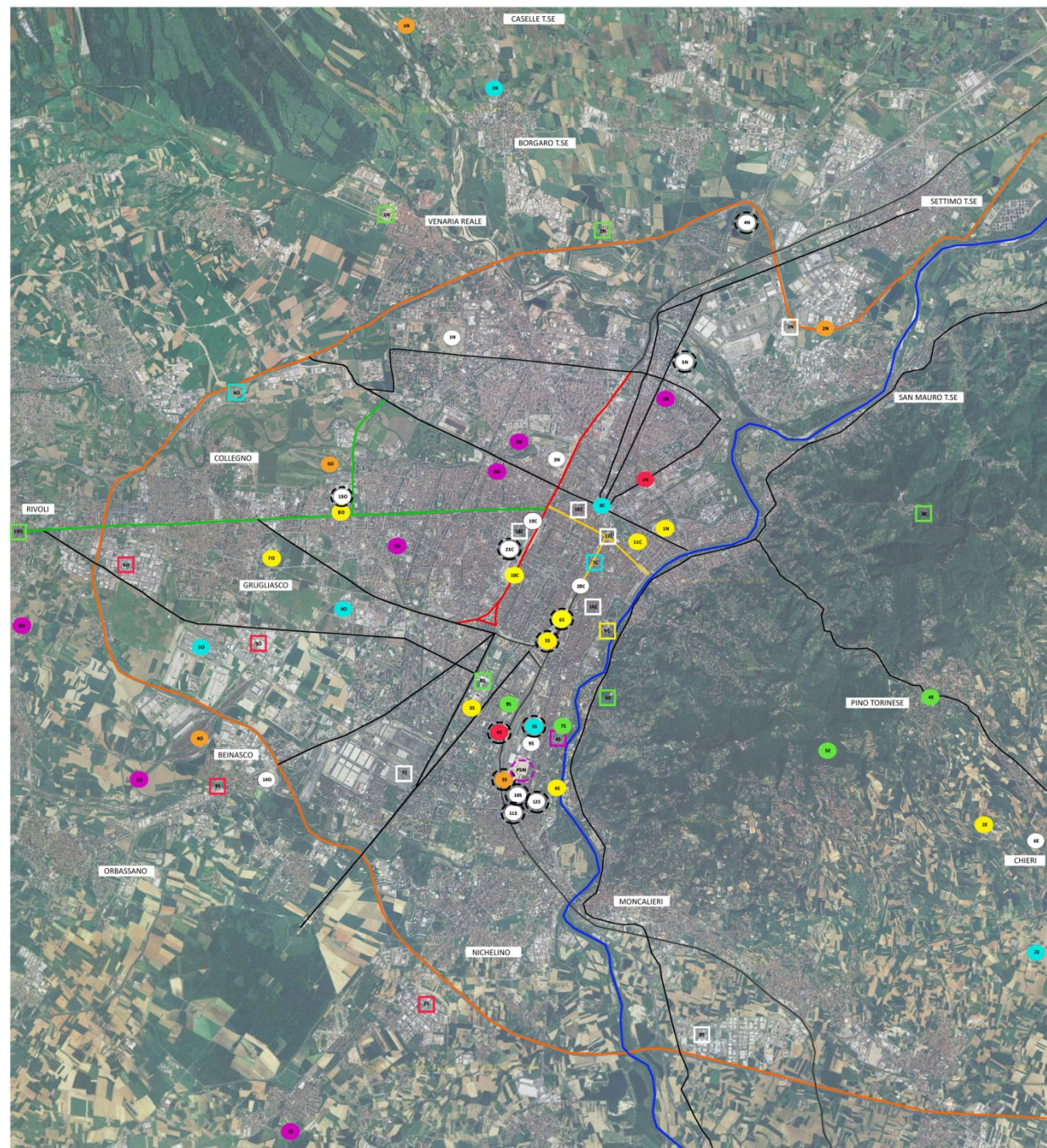
La conformazione spaziale delle polarità e la connessione con il sistema dei trasporti qualificano ulteriormente le Polarità come Poli o Distretti: alcune polarità appaiono fortemente concentrate in un ambito spaziale relativamente ridotto, spesso connesse in modo puntuale con un nodo particolarmente importante del sistema dei trasporti. Diversamente, vi sono polarità le cui funzioni sono disposte in forma meno concentrata che, pur richiedendo un grado elevato di accessibilità, non dipendono da un unico nodo (Mela *et al.*, 2008). Rispetto agli studi sulle polarità sin qui richiamati, la ricognizione effettuata nel 2013 ha consentito di affiancare ai criteri di classificazione finora descritti il criterio legato all'osservabilità diretta, che consente di distinguere tra polarità attuali, esistenti, e polarità potenziali, non ancora realizzate.

I risultati dell'applicazione della metodologia di ricerca utilizzata per il riconoscimento delle polarità dell'allora Area Metropolitana Torinese al 2013, ante "Legge Delrio", sono validi ancora oggi – con piccoli aggiustamenti per la lettura di progettualità ieri in divenire e oggi realizzate – e permettono di rilevare il decentramento di alcune funzioni di elevata qualificazione. Emerge dunque con forza uno sviluppo territoriale multipolare, basato su alcuni dei principali assi che caratterizzano l'area. La distribuzione spaziale rilevata non è casuale e rende riconoscibile la specializzazione dei diversi ambiti metropolitani in base a particolari tipi di funzioni, configurando una peculiare "vocazione" di ciascuna area.

L'attenzione a nuove progettualità all'interno dell'area metropolitana torinese, tali da garantire uno sviluppo in senso multipolare basato sulla specializzazione di alcune polarità principali, trova conferma nella strategia fondamentale per la struttura urbanistica dell'area metropolitana torinese indicata nel Piano Territoriale Regionale (PTR) del Piemonte, incentrata su una riorganizzazione su base policentrica, rafforzata dalla ridistribuzione delle principali funzioni di livello metropolitano in modo da formare una rete di nuove polarità ed estesa agli spazi periferici della città e ai comuni delle cinture.

Oggi più che mai, specie in assenza di una pianificazione strategica, risulta utile recuperare la previsione del Piano per questa nuova rete di polarità metropolitane, che contempla sedi universitarie, ospedali di nuova realizzazione e distretti tecnologici connessi con attività di ricerca, trasferimento tecnologico, insediamento di attività qualificate in spazi industriali dismessi.

Figura 1 – Lo sviluppo multipolare dell'AMT: poli, distretti e assi



Fonte. nostra elaborazione dalla tesi "Multipolarità e forma urbana. L'analisi quantitativa e qualitativa dell'area metropolitana torinese", 2017.

2.2 *Le polarità del Quadrante Sud della città di Torino*

Il Quadrante Sud di Torino costituisce la porta d'ingresso del capoluogo del Piemonte, insieme a quella del Quadrante Nord, più connotata della prima per la connessione autostradale diretta con la vicina Lombardia e per la vicinanza all'aeroporto di Caselle. Rispetto ad altre aree urbane, si caratterizza per la forte concentrazione di infrastrutture a servizio del territorio, in parte urbano e in parte metropolitano. Si rilevano infatti gli impianti di lagunaggio della SMAT lungo Corso Unità d'Italia, la centrale dell'IREN per la cogenerazione e il teleriscaldamento, il passaggio della dorsale nazionale del gas. Il Quadrante è inoltre attraversato dalle linee ferroviarie in direzione di Genova, Savona e Piacenza, con lo snodo di Trofarello. Queste, unitamente alle infrastrutture stradali della Tangenziale, fanno della zona un'area connessa con il resto del territorio regionale e sovraregionale, caratteristica che ha sicuramente indotto negli ultimi anni il consolidamento di numerose polarità di rilievo metropolitano. Il substrato infrastrutturale descritto accoglie poli e distretti che identificano il quadrante Sud di Torino allo stato attuale, corrispondenti alle funzioni Ricerca e Università, Cultura e tempo libero, Sanità e Multifunzionalità e di seguito elencate.

- ✓ La funzione Ricerca e Università è rappresentata dal Polo Universitario della Facoltà di Economia, collocato lungo l'asse di Corso Unione Sovietica ed in passato sottoposto a progetti di riqualificazione e ampliamento; dal Dipartimento di Biotecnologie Molecolari e Scienze per la salute e Traslazionali, localizzato in via Nizza, oggetto di ampliamento per la realizzazione dell'incubatore di ricerca connesso al nuovo PSRI; dal Centro internazionale di formazione ILO, il Campus ONU, importante Polo capsulare specializzato collocato lungo l'asse di Corso Unità d'Italia e facente parte della rete delle conoscenze a livello internazionale.
- ✓ La funzione Cultura e tempo libero comprende il Museo dell'automobile, che costituisce un Polo urbano specializzato collocato su Corso Unità d'Italia e connesso alla rete museale regionale; l'area dello Stadio Olimpico, identificata come Distretto urbano specializzato che si sviluppa lungo Corso Giovanni Agnelli e Corso Unione Sovietica; il Distretto turistico, culturale e ambientale del Quadrante Sud, comprensivo dei Parchi di rilevanza metropolitana – Parco pubblico Colonnetti, Parco delle Vallere, Parco Piemonte e Parco del Po – all'interno dei quali si inseriscono elementi di interesse artistico-culturale, di elevato pregio, della rete delle residenze sabaude. Rientra nella funzione dedicata al loisir anche il nuovo stadio Filadelfia.
- ✓ Tra le polarità classificate come “Multifunzionali” si riconoscono il Distretto urbano multifunzionale centrale di Mirafiori (Tipo I) ed il Polo urbano multifunzionale centrale del Lingotto (Tipo II). Il primo concentra funzioni legate alla produzione e alla progettazione industriale di FIAT Auto, oltre a quelle universitarie. Il Polo urbano multifunzionale centrale del Lingotto rappresenta una delle più rilevanti polarità del quadrante e uno dei centri nevralgici dell'area, al cui interno sono concentrate attività legate alle funzioni del commercio con il Centro Commerciale Otto Gallery, del loisir con il Cinema UCI, culturali con la Pinacoteca Agnelli, e universitarie con la Facoltà di ingegneria dell'autoveicolo.
- ✓ Le polarità corrispondenti alla Sanità costituiscono il Distretto ospedaliero del Quadrante, collocato lungo Corso Bramante e adiacente a Corso Unità d'Italia, rappresentato dall'insieme dei seguenti presidi ospedalieri: Molinette, Ospedale Infantile Regina Margherita (OIRM), Centro Ginecologico Sant'Anna, Centro Traumatologico Ortopedico (CTO).

Alla luce della ricognizione effettuata risulta inoltre possibile elencare progettualità nuove o di consolidamento di polarità esistenti che, potenzialmente, potrebbero assumere rilievo metropolitano se non addirittura regionale e riportate di seguito.

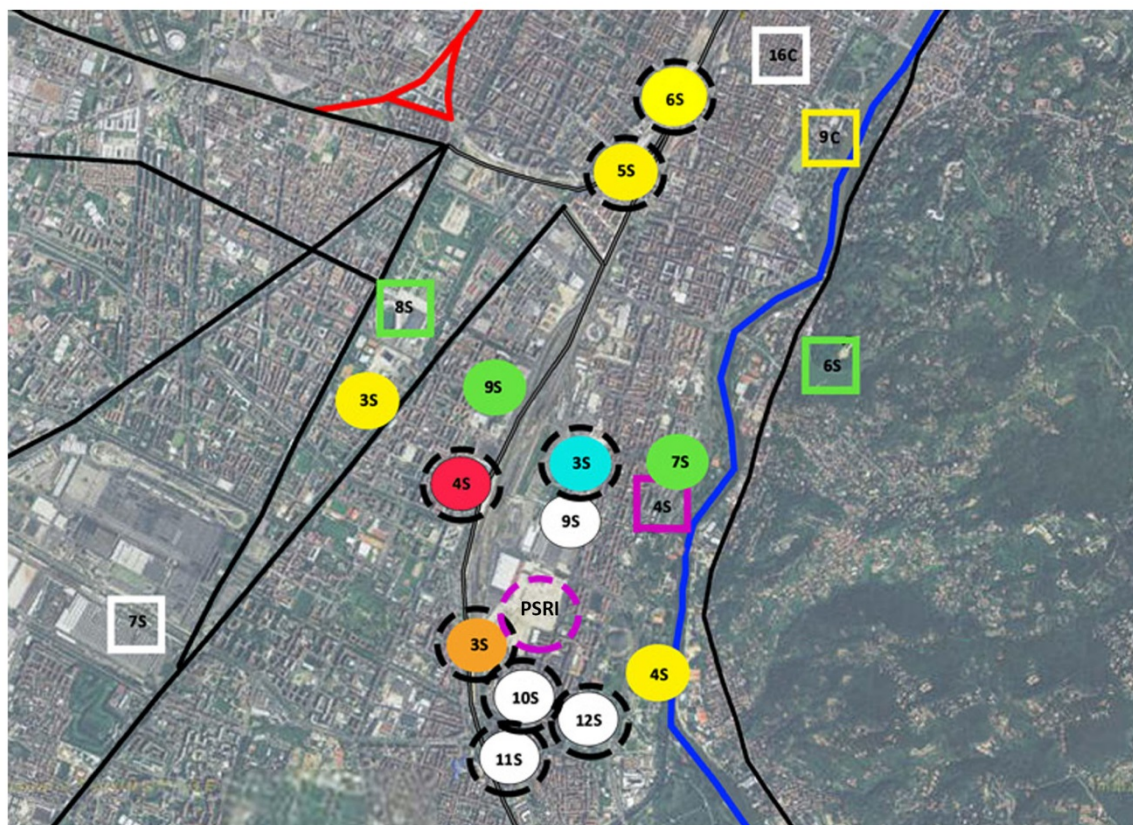
- ✓ Rientra nella funzione Ricerca e Università il Campus IED, identificato come Polo urbano specializzato, collocato tra Corso Dante e Via Egeo. Il Campus entrerebbe a far parte della più ampia rete del sistema universitario metropolitano, poiché il progetto prevede la realizzazione di un nuovo complesso sul lotto dismesso dalla carrozzeria Ghia lungo il tracciato ferroviario. Il progetto prevede la realizzazione della

Scuola, di una piazza-giardino aperta al pubblico, di una biblioteca in grado di ospitare 40.000 volumi e del residence per gli studenti, che accoglie 180 posti letto, con una evidente ricaduta alla scala locale.

- ✓ Tra le polarità Multifunzionali vi sono il Palazzo del lavoro, indicato come Polo urbano Multifunzionale centrale (Tipo I), collocato tra Corso Unità d'Italia, Corso Maroncelli e Via Ventimiglia, facente parte dell'area Italia '61. Per questa polarità è prevista la riqualificazione dell'edificio storico e la sua trasformazione in polo multifunzionale, unitamente alla risistemazione delle aree esterne a verde pubblico. Altro Polo urbano multifunzionale è rappresentato dall'area Lingotto per la quale si prevedono interventi di espansione della parte commerciale: in particolare l'ampliamento di Eataly per circa 20 mila mq con la realizzazione del Green Retail Park, le cui attività saranno strettamente legate alla sostenibilità delle risorse naturali. Ulteriore polarità Multifunzionale è il Grattacielo della Regione Piemonte, allo stato attuale in fase di realizzazione sull'area Avio-Oval, collocata tra Via Nizza, Via Passo Buole, Via Farigliano e Via Canelli. Il progetto prevede la riqualificazione dell'area urbana attraverso la realizzazione di uffici della Regione Piemonte, nuovi complessi residenziali, commerciali e di servizio, con annesso verde pubblico. Il progetto di riconversione dell'area dei Mercati Generali, ex MOI, collocata tra Via Giordano Bruno e Via Zino Zini, è finalizzato alla realizzazione di un Polo urbano "Specializzato" periferico, un complesso di aggregazione multidisciplinare per attività di ricerca avanzata, collaborazione scientifica e tecnologica con istituzioni pubbliche e realtà private, trasferimento del *know-how* e stimolazione delle iniziative anche di sviluppo imprenditoriale.
- ✓ Tra le potenziali Polarità del Quadrante Sud per la Sanità spicca la progettualità del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione (PSRI), secondo un modello strutturale e organizzativo adeguato a una struttura ad elevata complessità assistenziale e di insegnamento. Il progetto prevede la realizzazione dei Poli funzionali della Sanità e della Formazione clinica, della Didattica, della Ricerca, della Residenzialità d'ambito. Sono inoltre previsti altri interventi funzionalmente connessi al progetto, quali il Polo dell'incubatore esito dell'ampliamento già precedentemente citato, corrispondente al Centro di Biotecnologie Molecolari e all'Istituto di medicina Traslazionale su Via Nizza, e la residenzialità prevista sulle aree di proprietà della Società FS Sistemi urbani. Il progetto sin qui sintetizzato si configura, allo stato attuale, come un Distretto Urbano Multifunzionale specializzato. Coesistono infatti diverse funzioni afferenti al medesimo settore della Sanità che, secondo le intenzioni regionali, devono integrarsi nei percorsi e nei luoghi di cura del sistema sanitario attivando sinergie con la popolazione e gli attori locali, pubblici e privati, e generando forti ricadute sul territorio. A differenza di altre polarità Urbane Multifunzionali del Quadrante Sud e, in generale, della Città di Torino, questa polarità potrà avere una rilevanza non solo urbana e regionale, ma addirittura sovra regionale, come descritto nei capitoli successivi. È quindi evidente che la sua realizzazione muterà significativamente l'attuale equilibrio alla scala metropolitana, andando a rafforzare il peso del Quadrante Sud, diminuito negli ultimi anni per la crisi del settore automobilistico.

E' evidente che il Quadrante Sud della città di Torino risulta oggi avere un ruolo fondamentale nella dimensione progettuale urbana e metropolitana che in futuro, con il contributo del PSRI, potrebbe assumere rilevanza strategica. La conclusione dei lavori di prolungamento della linea 1 della Metropolitana, la trasformazione dell'ex Palazzo del Lavoro, la riqualificazione e il riuso dell'ex MOI, il potenziamento della Stazione Lingotto, il completamento del nuovo grattacielo della Regione, la riqualificazione di Piazza Bengasi genereranno infatti una nuova attrattività del Quadrante.

Figura 2 – Le polarità reali e potenziali del Quadrante Sud



POLARITA' REALI E POTENZIALI

 Sedi universitarie e di ricerca 3S Polo universitario - Facoltà di Economia 4S ILO Centro Internazionale di Formazione 5S Campus IED 6S Centro di Biotecnologie Molecolari - Istituto di Medicina Traslazionale	 Sanità 4S Distretto ospedaliero del QS
 Poli tecnologici e imprese 4S Area Ex MOI	 Aeroporti e Logistica 3S Stazione Lingotto - Area Trenitalia
 Commercio 3S Green Retail Park	 Multifunzionale 7S Distretto tecnologico-industriale e polo formativo di Mirafiori 9S Polo commerciale, culturale e di loisir del Lingotto 10S Fiat Avio - Grattacielo della Regione Piemonte 11S Piazza Bengasi 12S Palazzo del Lavoro
 Cultura e tempo libero 6S Distretto turistico culturale e ambientale del QS 7S Museo dell'Automobile 8S Distretto Stadio Olimpico 9S Stadio Filadelfia	 Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione - PSRI
S = Quadrante Sud	 Distretti
	 Polarità reali
	 Polarità potenziali

Fonte. nostra elaborazione dalla tesi "Multipolarità e forma urbana. L'analisi quantitativa e qualitativa dell'area metropolitana torinese", 2017.

3. Il PSRI quale polarità potenziale di Torino e del Piemonte

3.1 Strategia e caratteri principali dell'intervento

Il progetto finalizzato alla realizzazione del PSRI ha avuto avvio con la sottoscrizione, nel marzo 2015, del Protocollo di Intesa tra Città di Torino, Regione Piemonte, Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino (CSS), Università degli Studi di Torino e Società FS Sistemi Urbani. L'area individuata come idonea alla localizzazione dell'intervento è rappresentata dall'ambito Avio-Oval, già oggetto di apposito Accordo di Programma (AdP) stipulato nel 2009 per la realizzazione del palazzo degli uffici regionali. Ai fini di coordinare e monitorare lo sviluppo dell'iniziativa, la Regione Piemonte ha scelto di dotarsi di due strutture create appositamente: una Cabina di Regia, presieduta e coordinata dalla Regione Piemonte, composta dai Rappresentanti dei soggetti sottoscrittori; una Segreteria Tecnica, diretta e coordinata dalla Regione Piemonte e composta da dirigenti e referenti delle strutture organizzative dei soggetti sottoscrittori competenti per materia, oltre al Politecnico di Torino e a Finpiemonte, IRES Piemonte e Agenas, per gli aspetti di competenza e per l'accompagnamento del processo.

A livello territoriale l'intervento si inserisce nel quadro di una rete ospedaliera regionale che ha subito nell'ultimo ventennio una serie di aggiustamenti marginali, volti all'applicazione delle modifiche normative nazionali ed europee e all'adeguamento al mutato contesto socio-economico. L'obiettivo generale è quello di concentrare in una nuova struttura le attività ad alta complessità espletate negli edifici ospedalieri della CSS e, conseguentemente, riorganizzare la rete ospedaliera esistente per garantire una gestione ottimale delle attività a media e bassa complessità, che saranno riallocate nell'attuale struttura dell'ospedale CTO, assicurando piena riposta ai bisogni di salute della zona Torino Sud. Il progetto, come già evidenziato nella lettura delle polarità del Quadrante Sud di Torino, potrà sviluppare tutte le sue potenzialità se integrato con un polo didattico e un polo di ricerca clinica e traslazionale, oltre che con il sistema della ricerca di base. Si potrà così ampliare lo spettro delle collaborazioni con l'Università nella considerazione che gli attuali sistemi sanitari, in costante e continua evoluzione, si qualificheranno per la capacità di connettere i risultati della ricerca all'azione immediata e positiva sul paziente, migliorando quindi la risposta alle esigenze del cittadino, attraverso supporti intellettuali, progettuali, di studio e di ricerca provenienti da plurime discipline, non più limitate alla scienza medica. Una delle condizioni ottimali, che costituisce il valore aggiunto del progetto, è la concentrazione congiunta sul territorio torinese di ricerca tecnologica, organizzativa e ingegneristica accomunata a quella delle scienze della vita. È inoltre da sottolineare il forte ruolo degli atenei torinesi, Università e Politecnico, che costituiscono risorse strategiche per contribuire al rilancio del territorio regionale (Studio di fattibilità "Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione della città di Torino", Regione Piemonte, luglio 2017).

La volontà di valorizzare e potenziare l'eccellenza della CSS si associa alla consapevolezza delle progressive criticità che le attuali strutture in cui la CSS opera si trovano a dover affrontare, limitandone nei fatti le potenzialità in termini soprattutto di attrattività, sia per l'assistenza sanitaria sia per la ricerca e la didattica. Le attuali strutture della CSS sono state progettate e costruite sulla base di una concezione di sanità oramai superata, sono obsolete e non consentono in prospettiva di poter rispondere adeguatamente all'evoluzione della domanda di salute espressa dalla popolazione e lo sviluppo dei moderni sistemi di offerta ospedaliera. Inoltre, lo stesso concetto di ospedale si è nel tempo evoluto: nella sua accezione funzionale, l'attenzione è posta ora non solo al contenuto, letto nelle sue tecnologie, specializzazioni, servizi, ecc., ma anche al contenitore che deve avere, fra l'altro, caratteristiche di flessibilità e diversificazione ed essere orientato al servizio nei confronti dei pazienti (ibidem).

Le criticità delle attuali strutture sono riconducibili alle seguenti categorie:

- ✓ vetustà ed obsolescenza edilizia e tecnologica dei sistemi strutturali dedicati alle attività sanitarie
- ✓ Frammentazione localizzativa dei blocchi operatori, delle terapie intensive, delle diagnostiche e dei laboratori del Presidio Molinette e S. Lazzaro, dovuta alla complessa articolazione morfologica del presidio;
- ✓ Dispersione e duplicazione delle dotazioni tecnologiche;

- ✓ Dispersione, sottodimensionamento e inadeguatezza delle strutture dedicate alla didattica e alla ricerca, nonché criticità di relazione e integrazione funzionale tra didattica, ricerca e assistenza.

Più in generale, dalla ricognizione della bibliografia di settore emerge come le ‘Città della Salute’ possano generare forti sinergie e forme di collaborazione parallele tra attori diversi del territorio – Università, centri di ricerca, imprese e Istituzioni – che consentono di attuare consistenti economie di scala che si realizzano in particolare mediante l'utilizzazione efficiente di strutture comuni; selezionare in maniera efficiente i rischi legati alla sperimentazione medico-scientifica, facendo cooperare elementi di puro studio e ricerca con altri di sperimentazione pragmatica delle biotecnologie; aumentare sensibilmente la capacità di spesa, sommando le risorse di più soggetti coinvolti; attrarre, avvalendosi delle peculiarità di ciascun soggetto coinvolto, investimenti e operatori anche da zone situate al di fuori dell'area. In questo quadro la sanità può diventare motore di sviluppo e, nella Torino trasformata di questi anni, un polo della salute e della scienza può rappresentare un forte momento di riqualificazione e volano di ripresa che, con una maggiore integrazione fra manifattura e servizi alla persona, riattivi investimenti, anche internazionali, occupazione, ricerca avanzata. Per raggiungere questo obiettivo è necessario abbandonare la visione di strutture che dovevano far fronte ai bisogni medici del territorio per orientarsi verso una visione delle strutture finalizzate alla realizzazione di una vera e propria filiera che integri tutte le sue fasi e i suoi attori: dalla ricerca al servizio, dalla ricerca alla produzione (ibidem).

In linea con tutto quanto sopra richiamato, l'intervento del PSRI è finalizzato alla realizzazione di una struttura in cui siano strettamente integrate le funzioni di assistenza, di ricerca e di didattica in campo medico-sanitario. Tutte le componenti sono necessarie ed essenziali per raggiungere l'obiettivo di creare una struttura di livello internazionale, capace da un lato di assicurare standard di eccellenza per la cura e l'assistenza medica, garantendo un costante e intenso livello di innovazione, dall'altro lato di promuovere un circuito virtuoso di sviluppo anche economico.

Il progetto del PSRI si inserisce in un complessivo disegno normativo e programmatico di riorganizzazione e razionalizzazione delle attività di assistenza sanitaria e della rete ospedaliera che la Regione Piemonte ha avviato da alcuni anni sia per rispondere al mutato contesto socio-economico e a un nuovo modello di *welfare* che è andato affermandosi, sia in applicazione delle modifiche apportate nel tempo alle normative nazionali ed europee. La nuova configurazione del *welfare* che si va delineando è un elemento importante per la progettazione di un nuovo ospedale che ne prospetta una visione non limitata. Se, infatti, da un lato la riorganizzazione e l'ammodernamento dei sistemi sanitari influenza la gestione e l'organizzazione degli ospedali, dall'altro la politica ospedaliera comporta necessariamente una visione non limitata all'ospedale come struttura edilizia ma rende necessario considerare il sistema sanitario nel suo complesso. Conseguentemente occorre tenere in conto tutti quei fattori che, nel loro insieme, determinano le esigenze e le priorità che i sistemi sanitari devono affrontare e il ruolo che nel loro ambito viene affidato alle strutture ospedaliere. Oltre alle tematiche specifiche indotte dalla progettazione e realizzazione di una nuova struttura occorre, quindi, prendere in considerazione gli indirizzi di politica sanitaria, le modalità di finanziamento della salute pubblica, le innovazioni scientifiche e tecnologiche, nonché l'evoluzione demografica ed epidemiologica (ibidem).

Il ruolo del PSRI di Torino e la rete di rapporti nel quale si inserisce si delinea nell'ambito del modello di attuazione del Patto per la Salute 2014-2016, che definisce la rimodulazione della rete di emergenza-urgenza in simmetria con la rete ospedaliera secondo il concetto di Hub (DEA di II livello) e Spoke (DEA di I livello). A livello regionale la rete rimodulata si articola quindi in Hub, Spoke, ospedali di base con pronto soccorso e ospedali di area disagiata con attività ridotta di pronto soccorso, con la definizione dei fabbisogni per specialità e l'allocatione delle discipline per l'elezione, funzionale rispetto ai nodi della rete dell'emergenza e delle patologie complesse tempo-dipendenti. Il futuro PSRI assumerà quindi non solo un ruolo di polarità urbana ma un ruolo di rilievo sovra-territoriale, in dialogo con gli altri ospedali di Torino, con la futura Città della Salute di Novara e con gli altri poli ospedalieri regionali e dell'Italia del Nord.

L'area urbana Avio-Oval, di proprietà della Regione Piemonte e di FS Sistemi Urbani, è un'area molto capiente, fortemente collegata da un punto di vista infrastrutturale con il resto della città e con l'esterno, che potrà diventare un polo terziario avanzato, mettendo Torino sullo stesso livello di altre città italiane ed europee, che su questo aspetto hanno investito già da tempo.

Il progetto del PSRI prevede la realizzazione dei quattro poli funzionali strettamente interconnessi – che, insieme ad attività commerciali e di servizio, sorgeranno sulle superfici di proprietà regionale – le cui caratteristiche principali sono riportate nella Tabella 2 seguente:

Tabella 2 – I 4 Poli funzionali del PSRI di Torino. Superficie, destinazione, posti letto. Anno 2017

<i>Poli funzionali</i>	<i>Superficie</i>	<i>Posti</i>	<i>Utenza</i>
Sanità e formazione clinica	127.000 mq (di cui 5.000 mq per formazione clinica)	1.040 Posti Letto (di cui 70 posti tecnici)	-
Ricerca	10.000 mq		1.000 persone (docenti, assistenti, dottorandi, etc)
Didattica	31.000 mq per corsi di laurea	-	5.000 studenti
Residenzialità d'ambito	8.000 mq per i servizi di foresteria (permanenza temporanea)	190 Posti Alloggio (di cui 30 per supporto assistenziale)	-
Incubatore	27.000 mq (10.000 + 7.000 + 7.000)	-	-
Altra residenzialità	-	-	-

Fonte. nostra elaborazione dallo Studio di fattibilità della Regione Piemonte per il Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione della Città di Torino, 2017.

Ad integrazione dei quattro poli sono previsti residenze universitarie e attività ricettive, commerciali e di servizio sulle superfici della Società F.S. Sistemi Urbani. Inoltre, a servizio delle strutture sopradescritte dovrà essere prevista una dotazione di parcheggi privati, in parte interrati, in parte multipiano. La superficie complessiva ipotizzata è pari a circa 61.000 mq, per un numero totale di circa 2.300 posti auto. I 27.000 mq del Polo dell'Incubatore sono dati dalla somma di circa 10.000 mq del Centro di biotecnologie molecolari attuale di Via Nizza, dei 7.000 mq dell'Istituto di medicina traslazionale in corso di completamento e di ulteriori 7.000 mq di ampliamento da programma. L'Altra residenzialità è prevista a servizio degli studenti del polo didattico. La realizzazione dell'intero PSRI sarà articolata nel Lotto 1 e nel Lotto 2, rispettivamente comprensivi del Polo della sanità e della formazione clinica e del Polo della ricerca, e del Polo della didattica e della residenzialità d'ambito (foresteria).

Il nuovo insediamento e le relative attività dovranno coordinarsi e integrarsi funzionalmente con il centro di ricerca e didattica previsto sul complesso dei Mercati Generali denominato 'Arcate MOI', come recentemente ribadito dalla Città di Torino, al fine di costituire un polo di aggregazione multidisciplinare dove insediare attività di ricerca avanzata, di collaborazione scientifica e tecnologica con istituzioni pubbliche e realtà private, di trasferimento del know-how e di stimolazione delle iniziative anche di sviluppo imprenditoriale. Il PSRI sarà altresì integrato con le trasformazioni urbanistiche previste sulle aree della Stazione e dello Scalo Lingotto, dell'ex Dogana nonché con il Centro di biotecnologie molecolari - Incubatore di ricerca, in corso di realizzazione sull'area dello Scalo Vallino. Il Politecnico e l'Università di Torino, in particolare la Scuola di Medicina, hanno da tempo individuato nelle tecnologie biomediche un tema di comune interesse e possibile sinergia (ibidem).

Il completamento dell'iter finalizzato ad approvare l'ampliamento del Centro di biotecnologie molecolari concorre al processo di riqualificazione dell'area iniziata con la previsione del nuovo centro di Biotecnologie e rende l'ex Scalo vallino fruibile dall'asse principale di Via Nizza mediante la realizzazione di una nuova rete di viabilità secondaria, con un sistema di percorsi e piste pedonali e ciclabili. In tale nuovo contesto è previsto l'insediamento di residenze, attività commerciali e di servizio anche al futuro insediamento del

Centro di biotecnologie Molecolari. Il succitato Centro interessa una superficie pari a 10.000 mq, oltre a 7.000 mq dell'Istituto di Medicina Traslazionale (IMT), in corso di completamento, e ulteriori 7.000 mq di ampliamento da programmare (ibidem).

Il Modello organizzativo e gestionale alla base del PSRI si articola pertanto nei seguenti punti chiave (ibidem):

- ✓ Valorizzazione dell'eccellenza clinica, della ricerca, organizzativa, gestionale, quindi innovazione, flessibilità, velocità, sperimentazione ma anche economicità (della gestione) e sostenibilità (degli investimenti).
- ✓ Integrazione con le reti di cura regionali, del territorio in primis, ma anche con le reti ospedaliere, la rete emergenza-urgenza e le reti di patologie-rete oncologica piemontese.
- ✓ Attore protagonista del tessuto economico regionale: partnership pubblico-privato, partnership con altre istituzioni pubbliche quali Università, Politecnico, Centri di ricerca; trasparenza nella scelta dei fornitori; maggiore incisività e autorevolezza nella gestione delle forniture, configurano il PSRI come committente e gestore, e non come semplice utente.

4. Il PSRI: caratteri innovativi della polarità

4.1 Il tema delle competenze e delle risorse per l'innovazione

La ricerca e l'innovazione costituiscono il presupposto per il progresso tecnologico, da intendersi come un'evoluzione delle forme e delle modalità con le quali dare riscontro ad esigenze espresse, ovvero come la potenzialità di sviluppare nuove facoltà. La notevole articolazione dei percorsi della ricerca ed il carattere sostanzialmente episodico dell'innovazione sono responsabili della progressiva differenziazione del progresso tecnologico e quindi anche della specializzazione delle soluzioni con le quali riscontrare le stesse esigenze assunte come riferimento per l'avvio di processi di sviluppo, fino al limite di rappresentare scenari il cui raggiungimento può costituire *ex se* una nuova esigenza, non necessariamente correlata ad un bisogno. La tecnologia, quindi, si è progressivamente trasformata da strumento opzionale ed al servizio dell'uomo, per il potenziamento o per il recupero delle facoltà con le quali soddisfare delle esigenze, a sistema interattivo e necessario all'esercizio stesso di tali facoltà, poiché le stesse, almeno in parte, riscontrano bisogni generati dal progresso tecnologico. Il progresso tecnologico ha quindi la potenzialità di svilupparsi lungo percorsi che riscontrano esigenze o bisogni con soluzioni o proposte di nicchia sempre più lontane dall'idea di modello o di tipo, poiché ogni descrizione o rappresentazione in astratto, anche solo in termini di esigenze di riferimento e di requisiti da riscontrare, potrebbe risultare parziale rispetto alle offerte prestazionali effettivamente disponibili. A solo titolo di esempio, con specifico riferimento al settore sanitario, si pensi alla differenza esistente fra i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi della normativa sull'accreditamento delle strutture sanitarie e le prestazioni effettivamente richieste ai sistemi tecnologici ed ambientali ospedalieri per riscontrare le esigenze ed i bisogni di riferimento per il corretto esercizio delle attività previste. E' evidente che la specializzazione delle soluzioni offerte dal progresso tecnologico proprio di un mercato di nicchia comporta una differenza sempre più marcata fra il sistema dei requisiti tipicamente e preventivamente configurabile ed il sistema delle prestazioni effettivamente offerte che, in tale contesto, si presenta come un'implementazione qualitativa e quantitativa dei requisiti minimi sempre e comunque esprimibili. Nel caso di soluzioni di particolare complessità od aventi un rilevante contenuto innovativo esiste quindi un approccio differente al progetto, poiché lo stesso non potrà limitarsi a descrivere esigenze da soddisfare, requisiti da riscontrare e prestazioni da offrire, bensì dovrà anticipare contenuti la cui conoscenza dipende da quanto il mercato è effettivamente in grado di proporre, anche in relazione a soluzioni offerte dal progresso tecnologico nell'ambito di competenze di nicchia. Non è quindi possibile pensare ad una soluzione ad alta complessità od avente un rilevante contenuto innovativo prescindendo dal confronto con il mercato che custodisce le competenze e propone le tecnologie necessarie alla sua realizzazione – intesa come progettazione e costruzione o posa in opera – ed utili alla sua gestione in termini di conduzione e manutenzione.

Quando la Committenza è un'Amministrazione pubblica è evidente che la ricerca di tali soluzioni costituisce l'occasione per un confronto fra Pubblico e Privato ed, in sintesi, per la definizione di percorsi realizzativi lungo i quali la tutela dell'interesse pubblico, del quale l'Amministrazione è custode ed interprete, possa essere affermata contestualmente all'interesse del Privato, trasformando l'innovazione in valore per entrambe le parti ed, a monte di tutto, per la collettività che il Pubblico rappresenta. Affinché tale percorso si possa realizzare è necessario distinguere ciò che è nuovo da ciò che è potenzialmente innovativo. Mentre il nuovo può mirare al soddisfacimento di un'esigenza generata dal progresso tecnologico stesso, l'innovazione deve essere intesa come un obiettivo da perseguire per riscontrare i nuovi bisogni che nascono dall'evoluzione dei modelli organizzativi e funzionali, oppure – in senso diametralmente opposto – come una modalità che permette un'evoluzione dei modelli organizzativi e funzionali verso scenari di più ampia sostenibilità e qualità. La Sanità è quindi senza dubbio un ambiente per l'innovazione perché l'evoluzione dei bisogni di salute e del contesto sociale, economico e normativo nel quale riscontrarli propone continue sfide, che arrivano alla ridefinizione stessa dei percorsi sanitari, così come il progresso scientifico in campo clinico, farmaceutico e tecnologico possono indurre lo sviluppo di altri poli e reti del sistema sanità in modo che possano essere espresse le loro più ampie potenzialità. L'evoluzione della Sanità è quindi legata all'innovazione, quale risposta alle esigenze del cambiamento o quale occasione per portare a beneficio del

sistema sanità il progresso che si persegue in alcuni dei suoi ambiti, ed è quindi correlata a tanti segmenti di nicchia del mercato, quali luoghi dell'innovazione. La Sanità costituisce pertanto un ambiente potenzialmente in grado di fare una sintesi coerente fra contributi provenienti da specializzazioni differenti ed, al limite, di segnare il percorso lungo il quale tali competenze possono convergere verso uno scenario che mira non solo all'innovazione, ma anche alla generazione di valore, quando il costo e la spesa per la sanità diventano investimenti che, oltre a restituire salute, concorrono nello sviluppo dei sistemi con i quali la Sanità risulta ineluttabilmente connessa, compresi i segmenti di nicchia del mercato dai quali può dipendere la sua stessa evoluzione.

Per avere un'idea dell'innovazione in Sanità si pensi alla differenza esistente fra la tipica 'corsia ospedaliera' degli anni Settanta e la concezione attuale di residenzialità ed assistenza ospedaliera. Si può dire che si è passati da un modello di ospedale concepito come 'contenitore di ammalati' a quello di una struttura che accoglie i pazienti nella fase acuta della loro malattia e li indirizza poi ad altri segmenti del sistema Sanità, contando sia sulla responsabilizzazione degli assistiti, che sono attori di un articolato percorso di cura, sia sulle risposte del settore territoriale e socio-assistenziale della Sanità. L'appropriatezza della risposta ospedaliera ridimensiona la stessa al segmento avente la più alta intensità e complessità di cura ed è per questo motivo che le strutture ospedaliere hanno un elevato contenuto tecnologico e quindi, indirettamente, un alto potenziale per l'innovazione. Da un punto di vista teorico, ogni struttura ospedaliera risulta quindi compresa fra l'ospedale-tenda, fatto quasi esclusivamente da pazienti, personale, dotazioni puntuali e tecnologie sanitarie, e l'ospedale interattivo, fatto da pazienti, personale, infrastrutture e dotazioni tecnologiche, anche sanitarie, integrate. E' evidente che le risorse per le realizzazioni ospedaliere dipendono dal compromesso fra i due estremi sopra indicati ed, in particolare, dal contenuto tecnologico dell'ospedale.

La considerazione esposta vale anche per le singole aree funzionali ospedaliere. Dal punto di vista economico, facendo riferimento ad un ospedale in cui ciascuna area funzionale sia presente con un'incidenza pari a quella media fra le soglie indicate nella Tabella 3, si ottiene un costo unitario pari a circa 1.700 €/m².

Tabella 3 - Costi unitari di realizzazione delle differenti tipologie di aree funzionali ospedaliere

<i>Destinazione generale</i>	<i>Tipologia di Area Funzionale Omogenea</i>	<i>Costi unitari di realizzazione (oneri esclusi)</i>	<i>Incidenza della superficie sul totale</i>
Aree sanitarie	Degenze, area non critica	2.000 €/m ²	25 ÷ 30 %
	Servizi Sanitari	1.600 €/m ²	20 ÷ 35 %
	Degenze, area critica	2.500 €/m ²	0 ÷ 5 %
	Reparti operatori	4.000 €/m ²	0 ÷ 5 %
Aree non sanitarie	Servizi Collettivi e Generali	1.500 €/m ²	15 ÷ 30 %
	Connettivi e locali tecnici	1.200 €/m ²	10 ÷ 25 %

Fonte. elaborazione IRES Piemonte.

Il costo di realizzazione così determinato esclude, per costruzione metodologica, sia i nodi e le centrali tecnologiche a servizio generale del presidio ospedaliero (ad esempio: centrale termica, centrale frigorifera, centrale gas medicali, impianti speciali), sia gli oneri esecutivi (ad esempio: IVA, spese tecniche, spese amministrative, somme per imprevisti, gestione contenzioso e realizzazioni, ovvero acquisizioni, in economia), ossia – in senso lato – le Somme a disposizione dell'Amministrazione. Il costo di realizzazione include l'opera strutturale, edile ed impiantistica, intendendo con quest'ultima connotazione solo ed esclusivamente le reti a stretto servizio dell'edificio, ossia le infrastrutture tecnologiche che costituiscono la sua distribuzione primaria e capillare, fino ai punti terminali di erogazione. In sostanza, le reti già considerate nella stima dei lavori sono le infrastrutture tecnologiche che si sviluppano congiuntamente alle strutture dell'edificio servendo gli ambiti che lo costituiscono. I nodi tecnologici da considerare in aggiunta agli impianti sopra descritti sono invece le centrali, ossia i poli per il trattamento, la trasformazione, lo stoccaggio

e/o la produzione degli approvvigionamenti serviti mediante le reti di distribuzione (ad esempio: centrale termica, centrale frigorifera, stazione gas medicali, sottostazione elettrica, centrale per il trattamento dell'acqua e lo stoccaggio della riserva idrica, centrale per il pretrattamento dei rifiuti ed altro). La distinzione fra le reti ed i nodi tecnologici si rende necessaria in quanto le prime corrispondono ad un costo di costruzione (poiché sono delle opere impiantistiche), mentre i secondi possono corrispondere – in alternativa ad un onere di realizzazione – ad una differente forma di acquisizione, anche solo limitata a quanto è oggetto di fornitura od approvvigionamento. Si pensi, a tal proposito, ai nodi tecnologici remoti e condivisi (ad esempio il teleriscaldamento) ai quali si accede a mezzo di contratti di fornitura – e non di lavori – e che limitano la realizzazione dei nodi tecnologici di stretta pertinenza ospedaliera ai poli per il post-trattamento o per la ridondanza necessaria a garantire l'atteso livello di sicurezza (continuità dell'erogazione, flessibilità della gestione degli impianti e compensazione nei regimi di funzionamento di picco). Secondo le metodologie di analisi sviluppate dall'IRES Piemonte sulla base di alcuni riferimenti consolidati in letteratura e con il riscontro di un repertorio di stime analitiche di configurazioni tipiche, si stima che la componente impiantistica (reti tecnologiche e nodi tecnologici) incida sul costo totale per circa il 35-50% e che tale quota possa essere ripartita in uguale misura fra le reti tecnologiche (RT), già comprese nel costo di costruzione riferito all'opera edile, alle strutture e agli impianti, ed i nodi tecnologici (NT). Il contributo dei nodi tecnologici (NT) è quindi compreso fra il 17,5% ed il 25% del costo totale, oppure fra circa il 20% ed il 30% dell'importo riferito all'opera edile, alle strutture e alle reti tecnologiche (1.700 €/m²). Per i nodi tecnologici si può quindi stimare un costo compreso fra circa 300 €/m² e 500 €/m². Assecondando la tendenza a connettere la struttura ospedaliera a nodi tecnologici remoti e considerando il ruolo delle tecnologie sanitarie nell'impiantistica sanitaria, si assume come riferimento la minore delle soglie sopra determinate e si assume un costo unitario pari a circa 2.000 €/m² per l'opera edile, le strutture, gli impianti ed i nodi tecnologici dell'ospedale. Ipotizzando una superficie pari a 120 m² per ogni posto letto dell'ospedale – come somma della quota destinata alla degenza in senso stretto e delle quote relative ad ognuna delle altre funzioni non residenziali – si ottiene un costo unitario di realizzazione pari a circa 240.000 €/pl, ovvero – solo con riferimento all'opera edile, alle strutture e agli impianti – pari a 204.000 €/pl. A conferma del costo di riferimento per posto letto per le realizzazioni ospedaliere si riporta il valore medio indicato nel Rapporto OASI 2015 (Cappellaro, *et al.*, 2015), che ammonta a 228.513 €/pl (al netto dell'IVA e del ribasso di aggiudicazione)⁵.

Il costo di realizzazione per unità di superficie, inoltre, è compreso fra quelli proposti da Agenas⁶ come soglia inferiore e soglia superiore del costo per la costruzione di nuovi presidi ospedalieri ad alta complessità, rispettivamente pari a 1.800 €/m² e 2.200 €/m². Per i presidi ospedalieri a media complessità la soglia inferiore e quella superiore sono invece rispettivamente pari a 1.500 €/m² e a 1.800 €/m². Secondo le indicazioni di Agenas, infine, l'entità complessiva delle Somme a disposizione dell'Amministrazione è pari al 35% del costo di costruzione. Tale criterio è confermato dalle metodologie di analisi dell'IRES Piemonte nell'ambito delle progettualità riguardanti la qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri (Tresalli, *et al.*, 2015). Facendo riferimento ad un presidio ospedaliero a media-alta complessità, pertanto, si conferma che il costo di realizzazione delle opere edili, delle strutture, degli impianti e dei nodi tecnologici ammonta, in prima approssimazione, a circa 2.000 €/m², ovvero a circa 240.000 €/pl, escluse le Somme a disposizione dell'Amministrazione.

Il costo sopra determinato si riferisce solo ed esclusivamente alla 'scatola edilizia' dell'ospedale. Quanto al contenuto, si possono idealmente immaginare le seguenti categorie di acquisizioni:

⁵ Il valore medio è stato determinato con riferimento ai n. 19 stabilimenti ospedalieri realizzati, considerevolmente ampliati o ristrutturati in Italia nel periodo 2004-2015 con forme riconducibili al Partenariato Pubblico Privato. L'investimento complessivo è infatti pari a circa 2 miliardi di euro ed ha riguardato n. 8.915 posti letto. Ipotizzando per il valore riferito al caso de quo un ribasso di aggiudicazione pari al 20%, si otterrebbe dai 285.000 €/pl un valore di 228.000 €/pl, sostanzialmente coincidente con quello riportato nel rapporto OASI 2015.

⁶ Agenas, Progetto "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN - GUIDA PRATICA". Per i dettagli sul progetto, attualmente in corso, si veda: <http://www.agenas.it/lea-spesa-sanitaria/monitoraggio-della-spesa-per-la-manutenzione-degli-immobili-del-ssn>.

- 1) grandi tecnologie ed impianti sanitari;
- 2) altre tecnologie sanitarie;
- 3) arredi ed allestimenti.

Ipotizzato che il costo complessivo per tutte le tecnologie e gli impianti sanitari sia pari al 30÷35% del costo riferito alla ‘scatola edilizia’, si ottiene un valore compreso fra 72.000 €/pl ed 84.000 €/pl. Tale entità, infine, si ripartisce in una quota pari al 30% per le grandi tecnologie e gli impianti sanitari ed in una quota del 70% per le altre tecnologie sanitarie. Il costo unitario per le grandi tecnologie e gli impianti sanitari è quindi compreso fra 21.600 €/pl e 25.200 €/pl, mentre quello per le altre tecnologie sanitarie risulta compreso fra 50.400 €/pl e 58.800 €/pl.

Ipotizzato, infine, che il costo riferito agli arredi e agli allestimenti sia pari al 10% del costo riferito alla ‘scatola edilizia’, si ottiene un valore pari a 24.000 €/pl. E’ evidente che nel caso di ospedali che sostituiscono strutture esistenti, parte del parco tecnologico e degli arredi può essere opportunamente recuperato, con l’effetto della riduzione dell’investimento complessivamente necessario per la nuova realizzazione. Assegnando un opportuno margine di variabilità ai valori non definiti a mezzo di soglie, il riepilogo dei costi unitari per una nuova realizzazione ospedaliera sono riportati nella Tabella seguente.

Tabella 4 - Costi unitari per le realizzazioni ospedaliere

<i>Oggetto</i>	<i>Costi unitari (oneri esclusi)</i>
Scatola edilizia (opera edile, strutture, impianti e nodi tecnologici)	220.000 ÷ 260.000 €/pl
Grandi tecnologie ed impianti sanitari	21.600 ÷ 25.200 €/pl
Altre tecnologie sanitarie	50.400 ÷ 58.800 €/pl
Arredi ed allestimenti	22.000 ÷ 26.000 €/pl

Fonte. elaborazione IRES Piemonte

Facendo riferimento alle soglie inferiori, il costo unitario è pari a 314.000 €/pl, da rideterminare in 424.000 €/pl in considerazione delle Somme a disposizione dell’Amministrazione. Considerando invece le soglie superiori, gli importi diventano rispettivamente pari a 370.000 €/pl e 500.000 €/pl. Si può quindi considerare che una realizzazione ospedaliera costi mediamente 450.000 €/pl, Somme a disposizione dell’Amministrazione incluse. Nel dettaglio tale valore è poi una funzione del modello organizzativo – con particolare riferimento al ruolo rivestito dall’ospedale nella rete sanitaria, anche in relazione alle modalità per la gestione della continuità assistenziale – del modello funzionale, che determina il contenuto tecnologico ed il dettaglio delle attività da svolgere presso la struttura o da esternalizzare, del modello tipologico adottato, delle tecnologie costruttive ed, in generale, della natura e della rilevanza delle relazioni che l’opera stabilirà con il suo contesto, anche solo in considerazione della logistica degli approvvigionamenti. Generalizzando ulteriormente è possibile affermare che la realizzazione di un nuovo ospedale necessita di importanti investimenti.

Il tema delle competenze necessarie per le realizzazioni ospedaliere, quali prodotto di un confronto sinergico fra più specializzazioni e soluzioni di nicchia, si combina quindi con quello delle risorse necessarie per la progettazione, la costruzione e la gestione delle opere. Mentre il tema delle competenze, implicando l’apertura a segmenti di nicchia del mercato, di fatto si affronta identificando delle modalità con le quali l’Amministrazione possa accedere alle diverse specializzazioni necessarie alle realizzazioni ospedaliere – secondo un criterio che va dalla mera acquisizione alla costituzione di percorsi verso l’innovazione che coinvolgono tanto i soggetti pubblici, quanto quelli privati – il tema delle risorse, anche economiche, è stato spesso affrontato puntando a delle strategie che garantissero la copertura dei quadri economici di intervento. In tal senso la piena disponibilità di capitali pubblici per la realizzazione degli interventi è stata spesso considerata come una condizione necessaria e sufficiente per considerare sviluppato e risolto il tema delle risorse necessarie per i nuovi ospedali. Poiché esiste però una stretta correlazione fra l’entità delle risorse da impiegare e le soluzioni tecnologiche da adottare, si ritiene che l’analisi disgiunta del tema delle competenze

e di quello delle risorse possa collocare l'Amministrazione in una condizione di svantaggio quando, durante gli sviluppi di progetto o, peggio ancora, in fase di costruzione o gestione, si rendesse necessario ottimizzare la soluzione di partenza accedendo ad ulteriori competenze di nicchia, da remunerare, con le risposte tecnologiche che da queste discendono, alle condizioni imposte dal mercato o, meglio, dai soggetti che risultano essere contemporaneamente custodi di tali competenze e promotori delle innovazioni da apportare. In questo senso la garanzia offerta dalla piena copertura con capitali pubblici dei quadri economici di intervento deve essere considerata come consistente solo per le realizzazioni che possono essere compiute in modo fedele alle previsioni iniziali. La complessità delle realizzazioni ospedaliere, che riguarda tanto il progetto, quanto la costruzione, e si estende fino alla fase di gestione, sembra ridimensionare tale certezza ad una probabilità. La progressiva indisponibilità di risorse pubbliche per investimenti in edilizia sanitaria ha poi portato l'ambizione della realizzazione con capitali pubblici ad una delle diverse modalità praticabili di finanziamento dell'opera pubblica. La progressiva apertura a strumenti di finanza innovativa che garantivano all'Amministrazione la disponibilità di capitali non pubblici a fronte di una remunerazione degli stessi sottoforma di una spesa di medio periodo o del riconoscimento ai finanziatori del diritto allo sfruttamento economico della res publica, anche tramite strumenti realizzativi che permettevano di non sottostare ai vincoli imposti all'indebitamento pubblico, ha poi alimentato il clima di diffidenza verso le partnership pubblico-privato quando, nel medio periodo, si è avuta contezza dell'onere gravante sull'Amministrazione per effetto della non corrispondenza fra l'interesse dei privati e quello del quale il Pubblico è interprete, anche in termini di sostenibilità della spesa.

Il modello della realizzazione con capitale pubblico e quello del compimento con capitale privato, puntando ad una modalità di finanziamento dell'opera pubblica, hanno in comune la sostanziale indifferenza alla relazione esistente fra competenze e risorse per la realizzazione, che – per quanto si è affermato in precedenza – costituisce il fondamento imprescindibile delle opere complesse a contenuto innovativo.

L'ordinamento giuridico italiano ed, in particolare, la disciplina dei contratti pubblici, si è quindi progressivamente aperta a forme di partnership pubblico-privato che, nel rispetto di regole certe e di esiti predeterminabili, permettono all'Amministrazione di intraprendere con i soggetti privati percorsi per la condivisione di competenze e di risorse finalizzati al soddisfacimento di un'esigenza comune e condivisa, che si compie con la realizzazione di un'opera pubblica. Nell'ambito del Partenariato Pubblico Privato (PPP), ad esempio, il soggetto privato anticipa i capitali necessari per la realizzazione dell'opera pubblica assumendosi sia il rischio di costruzione, sia i rischi derivanti dall'eventuale difformità della funzionalità dell'opera in relazione alle specifiche di progetto, in termini di rischio di disponibilità o di domanda. Come contropartita per la realizzazione dell'opera pubblica, l'Amministrazione riconosce al soggetto privato una remunerazione di medio periodo, nella forma di canone di disponibilità, oppure un diritto allo sfruttamento economico dell'opera, in modo che l'anticipazione di capitali possa essere ristorata dall'erogazione di servizi a tariffazione all'utenza o di prestazioni comunque remunerate dal soggetto pubblico.

Il PPP è quindi una cornice entro la quale il soggetto pubblico e quello privato non si limitano a scambiare competenze e risorse, ma le condividono per la definizione di un percorso comune che lega l'interesse dell'uno al successo dell'altro nel medio periodo, anche solo per il fatto che in fase di esercizio la funzionalità dell'opera pubblica è un rischio in parte ricadente sul soggetto privato e quindi – ancora a monte – sulle competenze prestate per la realizzazione dell'intervento e sulla qualità della realizzazione, non solo in relazione alle specifiche di progetto, ma anche – e soprattutto – in previsione delle modalità con le quali potranno essere soddisfatte le esigenze del soggetto pubblico, anche in considerazione della loro evoluzione nel tempo.

Il PPP si colloca quindi fra i due modelli di realizzazione sopra tratteggiati, distinguendosi da questi proprio perché lega l'aspetto delle competenze a quello delle risorse, trovandone una declinazione conveniente e sostenibile nel medio periodo tanto per il soggetto pubblico, quanto per il soggetto privato, ovvero per la partnership pubblico-privato.

4.2 Il PSRI come occasione di competitività Regionale

Per la realizzazione del PSRI di Torino la modalità indicata nello Studio di Fattibilità del progetto approvato con Delibera di Giunta a dicembre 2015 (DGR n. 1-2611 del 21 dicembre 2015) è quella del Partenariato Pubblico Privato (PPP). Nel dettaglio la forma è quella del “PPP light”, da intendersi come uno strumento realizzativo esclusivamente rivolto alla ‘scatola edilizia’ e non al contenuto. Per la realizzazione dell’ospedale esisteranno quindi almeno due procedure: una riguardante l’opera edile, le strutture e gli impianti e l’altra avente ad oggetto le tecnologie sanitarie, gli arredi ed i complementi edili. La forma del ‘PPP light’ si svincola dall’ambizione della realizzazione ‘chiavi in mano’ – che, di fatto, riconosce e remunera al contraente, tipicamente qualificato per la realizzazione di lavori pubblici, l’onere di provvedere anche alle forniture – e permette all’Amministrazione di curare puntualmente procedure coerenti a quanto è oggetto di acquisizione o realizzazione e di accedere, anche con specifiche contrattuali differenti, a più segmenti del mercato. Il limite alla puntualità delle procedure di acquisizione o realizzazione – che permette all’Amministrazione di gestire direttamente la propria competitività per il soddisfacimento di bisogni meglio definiti rispetto a quelli dei quali l’operatore economico unico sarebbe interprete nell’ambito di un conferimento unico ed integrato – è evidentemente imposto dall’onere di coordinamento di procedure differenti per la stessa realizzazione.

Si mette subito in evidenza che la definizione della modalità realizzativa ha rango normativo, mentre l’identificazione degli strumenti con i quali tracciare il percorso verso una realizzazione in PPP è stata rimandata alla competenza di una Cabina di Regia e di una Segreteria Tecnica regionali, quali organi temporanei di indirizzo e di attività costituiti dalle rappresentanze di tutti i soggetti pubblici interessati dall’opera e supportati da competenze scientifiche, tecniche ed amministrative provenienti da altre istituzioni pubbliche, da organismi europei e dal mondo accademico. La prima innovazione rispetto agli episodici tentativi delle Amministrazioni pubbliche della Regione Piemonte di affacciarsi a forme di realizzazione pubblico-privato è quindi rappresentata dalla costituzione di un centro di competenza regionale capace di interpretare esigenze espresse da soggetti differenti e di formulare proposte di progetto che costituiscono, per la modalità stessa con la quale sono state concepite, una risposta coerente e condivisa rispetto a quelli che sono i bisogni, gli interessi e le competenze di parte. La costituzione di un centro di competenza pubblico si ritiene essere uno dei presupposti per avviare, successivamente, un confronto equilibrato e produttivo con i soggetti privati, i quali – operando in segmenti di nicchia del mercato – posseggono per definizione un livello di specializzazione più puntuale rispetto a quello con il quale l’Amministrazione pubblica riesce a cogliere ed interpretare congiuntamente le numerose sfaccettature dell’interesse pubblico. Tale presupposto assume una rilevanza ancora maggiore nei contesti nei quali, come nella Regione Piemonte, le Amministrazioni pubbliche non hanno maturato l’esperienza e la competenza necessarie per intraprendere dei percorsi di PPP.

Da una ricerca effettuata sugli esiti degli affidamenti per la realizzazione di opere pubbliche nel territorio Piemontese nel quinquennio 2012-2016, pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale dell’Unione Europea, risulta che la forma del Partenariato Pubblico Privato (PPP) incide solo per il 5,7% del numero complessivo dei conferimenti. In termini di valore, la quota delle realizzazioni in PPP conferma il loro carattere di marginalità, poiché è pari a circa il 4,7% del totale. Si osserva inoltre che le procedure per l’affidamento di contratti di PPP non stimolano il confronto competitivo fra gli operatori economici, poiché il numero medio delle offerte che pervengono nell’ambito di tali procedure è pari a 2, a fronte di circa 20 per le realizzazioni non PPP.

Il limite al confronto competitivo può essere la conseguenza di una delle tre seguenti condizioni:

- a) entità dei conferimenti;
- b) criterio di aggiudicazione dell’appalto;
- c) percezione di affidabilità della procedura e della realizzazione.

Poiché l’entità dei conferimenti determina la natura dei requisiti di qualificazione degli operatori economici alle procedure di affidamento, questi ultimi si fanno progressivamente più restrittivi all’aumentare del valore da aggiudicare. Nei casi considerati, però, la ragione della bassa competizione non è da ricercare

nel paradigma entità-requisiti, poiché le realizzazioni in PPP si presentano con un valore medio da aggiudicare inferiore rispetto a quello delle altre forme esecutive (circa 10,8 rispetto a 17,1 milioni di euro). La bassa partecipazione alle procedure per affidamenti in PPP, pertanto, potrebbe dipendere in parte dal criterio di aggiudicazione che, puntando alla qualità delle realizzazioni, richiede ai partecipanti un impegno, anche progettuale, in sede di formulazione delle offerte. Considerato però che per gli affidamenti non in PPP che si perfezionano con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (qualità e prezzo) il numero medio delle offerte è pari a 12,7, si ipotizza che la differenza fra tale valore ed il corrispondente rilevato per le realizzazioni in PPP, che è pari a 2, dipenda da fattori differenti dal criterio di aggiudicazione. Si ritiene pertanto che tale differenza sia da ricercare nella percezione di affidabilità della procedura e della realizzazione nello specifico contesto di applicazione. Se il numero delle realizzazioni in PPP è modesto e non stimola la competizione fra gli operatori economici, quindi, è perché non incontra il favore degli stessi, oppure perché lo strumento non è opportunamente presentato e sostenuto dalle Stazioni Appaltanti.

Tenuto conto che 5 delle 6 realizzazioni in PPP identificate nello studio hanno rilevanza comunitaria, è evidente che l'atteggiamento soggettivo degli operatori economici rispetto allo strumento realizzativo non sia una ragione del suo limitato successo nella Regione Piemonte, poiché le relative procedure erano potenzialmente in grado di interessare tutti gli operatori attivi sul mercato europeo, compresi quelli che abitualmente operano nella cornice del PPP. La ragione della bassa partecipazione alle procedure per affidamenti in PPP in Piemonte, pertanto, è da ricercare nel significato che gli operatori economici conferiscono a tale strumento nel contesto in cui viene praticato, dove le politiche e le strategie dell'Amministrazione pubblica e della Stazione Appaltante diventano determinanti ai fini del successo degli interventi che si realizzano nella sua cornice. Si può quindi sostenere che la Regione Piemonte, almeno nel contesto ed al tempo delle procedure considerate per la presente analisi, non veniva considerata dagli operatori economici come un ambiente pronto alla cura delle realizzazioni in PPP. Anche solo da un punto di vista normativo, infatti, il primo tentativo di organizzare e rendere organica e coerente la disciplina del PPP a livello nazionale si ha con il D.Lgs. 50/2016 (Nuovo Codice dei Contratti Pubblici). A livello nazionale ed, a maggior ragione, a livello regionale, le realizzazioni in PPP non si sono ancora svincolate dal carattere episodico che fino ad ora le ha caratterizzate, non risultando ancora definita una cornice comune di politiche, strategie e prassi in grado di accompagnare le Stazioni Appaltanti nelle realizzazioni in PPP e di permettere la loro progressiva specializzazione, anche per esperienza, fino alla costituzione di centri di competenza in grado di accompagnare le realizzazioni in PPP dalla programmazione alla gestione. Nel caso del PSRI, l'impulso regionale e la costituzione di un centro di competenze pubblico può rappresentare una modalità per superare il limite sopra esposto.

Nell'ambizione del progetto e nella cornice dell'innovazione, inoltre, il limite sopra esposto si può presentare come un orizzonte di sviluppo integrato. Il PPP, infatti, fondandosi sulla partnership pubblico-privato, ha in sé la potenzialità di innescare dei processi di migrazione di competenze e risorse afferenti ad ambienti differenti, che, una volta acquisite dal soggetto pubblico o dal soggetto privato nell'ambito della realizzazione in PPP, possono poi essere utilizzate nell'esercizio delle attività di propria competenza, generando una progressiva specializzazione che, nel lungo periodo, potrebbe favorire il confronto pubblico-privato. L'Amministrazione, quindi, potrebbe specializzarsi progressivamente ed imparare ad individuare e a confrontarsi con le nicchie di competenza del mercato alle quali accedere o con le quali collaborare per intraprendere dei percorsi per l'innovazione. I soggetti privati, invece, potrebbero vedere l'Amministrazione come un soggetto affidabile per intraprendere dei percorsi di trasformazione che richiedono importanti investimenti e realizzare gli stessi garantendosi una stabilità di medio periodo sotto la cornice di tutela che abbraccia l'interesse pubblico. La progressiva specializzazione dell'Amministrazione per effetto della pratica PPP ed il fatto che il successo della stessa possa renderla un ambito di sicuro interesse per gli investitori, ampliando per il soggetto pubblico le possibilità di innovarsi, è quindi l'innescare di un processo virtuoso di scambio, migrazione e crescita tanto per il pubblico, quanto per il privato. La crescita può poi diventare sviluppo quando la virtuosità sopra prospettata diventa costitutiva di un ambiente, che può quindi restituire al proprio territorio, alla propria popolazione e agli operatori economici in esso attivi parte del valore generato dagli investimenti che lo hanno interessato.

5. Considerazioni conclusive

L'esposizione degli esiti della ricognizione sullo sviluppo multipolare della realtà urbana torinese, a fianco della descrizione del progetto del PSRI, inteso quale possibile futura polarità dell'ambito considerato e del capoluogo regionale del Piemonte, risponde alla volontà di avviare prime riflessioni sul ruolo di nuova leva di attrazione che l'opera, e quindi la sanità, può ricoprire, a fianco e ad integrazione delle altre polarità individuate. Per le sue caratteristiche di multifunzionalità, e quindi di complessità e innovazione, non configurandosi unicamente come centro di erogazione del servizio pubblico ma anche come polo di richiamo per la ricerca e per le aziende del settore e, in generale, per l'industria, il PSRI potrebbe coincidere con quei nuovi "modelli di fabbrica" di cui la città necessita per adeguarsi all'andamento economico generale.

Se è infatti vero, come emerso dall'analisi effettuata, che le polarità del quadrante Sud di Torino presentano grande varietà e multifunzionalità, sembra altrettanto evidente come queste siano caratterizzate da un non ancora sufficiente orientamento verso una innovazione di processo, più che di prodotto, che tuttavia può essere raggiunta anche attraverso una nuova visione della sanità. Per tornare ad attrarre capacità e risorse risulta indispensabile – in un quadro generale di entrate pubbliche andate sempre più riducendosi – ripensare i modelli di funzionamento e la gestione delle attività in ottica di efficienza e di sostenibilità economico-finanziaria, e avvalersi di una finanza capace di accompagnare nuovi percorsi e nuove iniziative. In quest'ottica, coniugare le strategie di innovazione della rete ospedaliera con la riqualificazione del tessuto urbano mediante l'introduzione di nuovi poli attrattori costituisce la sfida nella sfida e l'oggetto di questo contributo dalla duplice valenza, sanitaria e territoriale, anticipatore di nuovi paradigma di *governance*, collaborativa, multilivello e interdisciplinare, e di nuove *partnership* tra organizzazioni pubbliche e private.

Dal punto di vista di una *governance* collaborativa, multilivello e interdisciplinare, l'UE ha ribadito il principio della "salute in tutte le politiche", confluito nel terzo programma 2014-2020 in tema di sanità, recepito e oggetto di confronto tra il Comitato delle Regioni della stessa UE, gli Enti Locali e le relative rappresentanze. Ricerche internazionali sul monitoraggio di ambiti urbani consolidati hanno evidenziato la compresenza di relazioni virtuose tra benessere psico-fisico e spazio urbano. Risulta sempre più evidente la necessità di integrare le competenze di discipline, le diverse professionalità e, quindi, le strategie finalizzate alla trasformazione degli ambienti urbani con i programmi per la tutela della salute pubblica e la promozione della qualità urbana.

Il tema delle nuove partnership pubblico-privato è centrale nel progetto del PSRI e, in particolare, nella procedura di PPP, tale da innescare reciproci scambi di competenze e risorse tra il soggetto pubblico e il soggetto privato, utilizzabili dagli stessi nell'esercizio delle proprie attività, generando una progressiva specializzazione che, nel lungo periodo, potrebbe favorire ulteriormente il confronto. Da un lato, l'Amministrazione Pubblica potrebbe specializzarsi progressivamente ed incrementare la capacità di confrontarsi con le nicchie di competenza del mercato per intraprendere percorsi d'innovazione. Il soggetto privato, invece, potrebbe riconoscere nell'Amministrazione Pubblica un soggetto affidabile per intraprendere percorsi di trasformazione che richiedono importanti investimenti, e realizzare gli stessi garantendosi una stabilità di medio periodo sotto la cornice di tutela che abbraccia l'interesse pubblico. La procedura di PPP, se condotta opportunamente, genera una crescita, sia del soggetto pubblico che del soggetto privato, che può diventare sviluppo se la virtuosità prospettata diventa costitutiva di un ambiente che restituisce al territorio, alla sua popolazione e agli operatori economici attivi, il valore generato dagli investimenti che lo hanno interessato.

Le riflessioni dovranno essere successivamente integrate da ulteriori ricognizioni relative agli approcci d'Oltralpe sul tema del riuso del patrimonio ospedaliero – che, nel caso in esame, è rappresentato dal complesso della attuale Azienda Ospedaliera Universitaria della Città della Salute e della Scienza di Torino – e, quindi, sul destino delle strutture dismesse.

Il quadro sin qui tratteggiato non è tuttavia completo in assenza di alcune prime considerazioni in parte desunte dal campo di studi della sociologia dell'organizzazione, stante la complessità e l'ambizione del progetto del PSRI e delle ricadute che attraverso di esso si vogliono perseguire. La prima è desunta dalle analisi delle organizzazioni di tipo reticolare, alla base dell'attuazione di politiche pubbliche, ed è relativa al

concetto di strutture di implementazione che, nel caso del PSRI, coincidono con la Cabina di Regia e la Segreteria Tecnica. Il ruolo dei componenti di queste strutture deve essere attribuito dagli Enti che le compongono e da questi riconosciuto, affinché possano non solo monitorare lo sviluppo del processo ma parteciparvi attivamente, innovandolo. La seconda considerazione è relativa ad una fase del progetto più avanzata rispetto allo stato attuale dello sviluppo del PSRI, momento in cui le scelte effettuate per definire l'opera genereranno interazioni con l'intorno in senso lato, non solo inevitabili ma auspicabili, che andranno gestite. In questo caso è opportuno ed utile avvalersi di forme di co-progettazione organizzativa – quali ad esempio un *management* di rete che parta da aspetti assolutamente minimali, fino ad un vero e proprio *cluster management* – che assicuri la massima resa dalle interazioni che si svilupperanno tra i diversi poli nei quali è articolato il PSRI, e tra questi e il contesto urbano nel quale andrà ad inserirsi.

In estrema sintesi, il progetto del PSRI si configura allo stato attuale come un potenziale volano di sviluppo e, quindi, di metamorfosi per la città di Torino. Esso può certamente tradursi in un risultato ambizioso, paragonabile ai più riusciti Ospedali e Parchi scientifici-tecnologici recentemente realizzati sulla scena internazionale. Risulta necessario cogliere le opportunità esistenti in stretto collegamento con le Istituzioni, ricercando politiche che sappiano stimolare la capacità di rinnovamento del territorio, stabilendo regole, realizzando le infrastrutture necessarie, promuovendo nuove *partnership* e competitività territoriale. In questa prospettiva viene a definirsi un ruolo sempre più incisivo per la Regione, riassumibile in una visione inclusiva dei diversi attori sociali e di più ampio respiro, sia spaziale che temporale.

Riferimenti bibliografici

Bianco E., Condorelli C., Cosimi A., Da Empoli S., Gaudio A., Lenzi A., Pella R., Spinato C. Vaccaro K. (2017), *La salute nelle città bene comune: un documento europeo innovativo di Urban Health*, IHPB Italian Health Policy Brief, Milano: ALTIS O. P. S.;

Cappellaro G., Longo F., Ricci A., Vecchi V. (2015), *Gli impatti del PPP nel ridisegno dell'offerta ospedaliera: esiti, determinanti, prospettive*, Rapporto OASI, Milano: CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale);

Crivello S., Davico L., Mela A., Staricco L. (2008), *Lo sviluppo multipolare dell'Area Metropolitana torinese. Scenari per il Piemonte del 2015*, Torino: IRES Piemonte;

La Rosa M., Perino G. (eds.) *Strumenti per la sanità 2014*, Torino: IRES Piemonte;

Paolucci, F., Siliberto, E. (eds.) (2013), *Multipolarità e forma urbana: l'analisi quantitativa e percettiva dell'AMT*, relatori Alfredo Mela e Giovanna Perino, Tesi di laurea Magistrale, Torino: Politecnico di Torino;

Perino G. (2014), *Programmazione e pianificazione territoriale nell'Italia del Nord. Partizioni territoriali e politiche di area vasta*, in Guerra S., La Riccia L., Pettenati G. (eds.) "Studiare il territorio. Esperienze di ricerca nel dottorato in Pianificazione territoriale del Politecnico di Torino", Milano: Franco Angeli;

Perino G., Tresalli G., Sileno L. (2017), *Patrimonio e conoscenza come risorse per l'innovazione. Investire in edilizia sanitaria per rinnovare la rete ospedaliera*, Torino: IRES Piemonte;

Regione Piemonte (2015), *Studio di Fattibilità del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino*, Torino

Tresalli G., Sileno L. (2016), *Qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri, Rapporto anno 2015*, Torino: IRES Piemonte;

Tresalli, G., Sileno, L. (2016), *Conservazione od innovazione delle strutture sanitarie per lo sviluppo territoriale*, paper presentato alla XXXVII Conferenza Italiana di Scienze Regionali AISRE, Ancona: settembre.

Siti internet

AGENAS, Progetto "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN - GUIDA PRATICA", <http://www.agenas.it/lea-spesa-sanitaria/monitoraggio-della-spesa-per-la-manutenzione-degli-immobili-del-ssn>

Regione Piemonte (2017), http://www.regione.piemonte.it/dwd/avio/studio_fattibilita_lug17.pdf

Abstract

The Piedmont Region is primarily involved in the reorganization of the territorial hospital network, involving both hospitals and the relevant staff, both different segments of the population, not only on a regional scale. Falls within this process the new planning of “Parco della Salute, della Ricerca e dell’Innovazione (PSRI)” of the city of Turin, characterized by a structural and organizational model adapted to a highly complex structure of care and teaching, integrated in the paths and places of care in the health system. It is indeed within the framework of the overall process of reorganization and rationalization of health care activities - arising from one side by the need to exploit the potential offered by the most recent developments in technology, healthcare and life sciences, and from the other side, by a profound transformation of society and their care needs and assistance - that fits the intervention of the PSRI. From the implementation of such policies are expected benefits to improve the quality of health care facilities, the sustainability of health exercise and the integration of specialized medicine and medicine of territory. Nevertheless, in this context assumes particular relevance to the assessment of the effects of metamorphosis that this transformation will result in the city's urban and functional dimension. The PSRI will be implemented in the Avio-Oval area, already the subject of a proposed reorganization and urban redevelopment of the area south of Turin, where is currently under way the completion of the “Palazzo Unico” of the Piedmont Region and where the realization of residential and commercial destinations, public service and service is planned. The high complexity of the PSRI and strong territorial impact will make this area an important new polarity, not only the entire hospital network at the regional and supra regional level but also in the same city of Turin, which will establish new relationships with the territory of the regional capital and with the other polarities already present. Combining hospital network innovation strategies with the inclusion of new poly attractors in the urban fabric is the challenge in the challenge and the subject of this contribution from the dual purpose, territorial and health.

Key words

New hospitals, hospital networks, innovation, polarity, local development