

MOZIONE n. 766

Il Consiglio regionale

premesse che

- con l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'individuazione di misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale di cui alla lettera E dell'intesa n. 37/CSR sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 febbraio 2015 Intesa, ai sensi dell'articolo 30, comma 2, del Patto della Salute di cui all'Intesa del 10 luglio 2014, tra le varie misure di efficientamento della spesa sanitaria che comportano una rideterminazione del Fondo Sanitario Nazionale pari a 2,352 miliardi di euro (e cioè 109,715 per il 2015 e 113,097 miliardi per il 2016), si prevede, "con riferimento ai cespiti acquistati con contributi in conto esercizio, a rivedere la programmazione degli investimenti già programmati per l'anno 2015 e non ancora effettuati al fine di assicurare economie non inferiori a 300 milioni di euro nel rispetto della garanzia dell'erogazione dei LEA";
- con l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano in merito all'attuazione della legge di stabilità 2016 dell'11 febbraio 2016 si effettua un taglio alle risorse per gli interventi di edilizia sanitaria per 208,6 milioni di euro per concorrere agli obiettivi di finanza pubblica da parte delle Regioni a statuto ordinario (pari a 208,60 miliardi di euro in termini di saldo netto da finanziare per il 2016);

premesse ancora che

- gli investimenti in edilizia sanitaria rivestono un ruolo strategico sia nel contesto del controllo e revisione delle criticità delle reti e delle strutture esistenti, ovvero della valorizzazione delle risorse disponibili, sia nell'attuazione di politiche di trasformazione od innovazione del sistema sanitario verso scenari di sostenibilità, efficacia ed efficienza;
- dalla pubblicazione dell'IRES "Strumenti e metodi a supporto della pianificazione strategica degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie della Regione Piemonte" si evince che i costi per l'anno 2014 di adeguamento dei presidi ospedalieri ammontavano a circa 1,6 miliardi di euro;
- tali costi devono essere intesi come l'ordine di grandezza delle risorse economiche da investire per la realizzazione di tutti gli interventi edilizi utili a permettere al livello di qualità strutturale determinato per l'anno 2014 - pari a circa il 76,9% del pieno soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento, ovvero dei requisiti comunque applicabili - di raggiungere il valore del 100%.
- il valore di sostituzione dei presidi ospedalieri regionali attivi nell'anno 2014 è pari a circa 7,4 miliardi di euro;
- nella citata pubblicazione si evidenzia che ben 19 delle 64 strutture ospedaliere regionali appartengono alla Classe A (definizione ARESS: strutture non idonee alle funzioni attuali ed al tempo stesso non disponibili alla trasformazione o ad interventi

di recupero) e che queste detengono il 37% del numero complessivo dei posti letto, e comporterebbero investimenti per circa 660 milioni di euro, incidenti per circa il 42% del fabbisogno complessivo di circa 1,6 miliardi di euro;

premesse inoltre che

- i processi di gestione di grandi patrimoni immobiliari, quali quelli sanitari, devono sempre più confrontarsi con le stringenti esigenze di sostenibilità energetico-ambientale dettate dalle recenti direttive europee, che impongono la riqualificazione energetica allo scopo di raggiungere determinati target di abbattimento delle emissioni di CO₂, di riduzione dei consumi di energia e di utilizzo di fonti rinnovabili in tempi stabiliti, mettendo insieme gli elevati parametri di qualità richiesti e la necessità da parte della Pubblica Amministrazione di rispettare vincoli di bilancio attualmente non derogabili;
- la ricognizione sui presidi ospedalieri, effettuata dall'A.Re.S.S., raffigura un parco edilizio ed impiantistico vetusto con necessità di importanti interventi di riqualificazione energetica. Tra i vari dati raccolti, si evidenzia che:
 - il 70% delle coperture (a falda o piane) risulta sprovvisto di isolamento;
 - l'80% delle pareti verticali esterne risulta sprovvisto di isolamento;
 - il 55% dei serramenti risultano essere in vetro singolo ed il 39% di questi ha infissi in alluminio;
 - la maggior parte degli impianti (generatori di calore, generatori di vapore e gruppi frigo) è successiva agli anni '90, circa il 30% risulta installato in un periodo antecedente al 1990 e il 20% è antecedente al 1980 (soprattutto generatori di vapore);
- strutture edilizie ed impianti energetici poco efficienti influenzano negativamente i consumi annui di energia primaria (termica ed elettrica) che, per la totalità degli edifici ospedalieri pubblici regionali, ammonta a circa 96.000 TEP/anno, corrispondenti ad una spesa annua solo per approvvigionamenti energetici di circa 70 milioni di euro (IVA esclusa);
- lo studio ha permesso, inoltre, di definire l'indice di prestazione energetica medio dei presidi ospedalieri regionali, evidenziando l'opportunità di un ampio margine di miglioramento sui consumi finali di energia, in quanto tale indice, si colloca tra la classe E ed F. Dall'analisi effettuata, risulta evidente la necessità di programmare interventi di riqualificazione energetica atti a ridurre i consumi energetici ed a migliorare il benessere climatico interno (soprattutto in merito al raffrescamento estivo), bisogno primario per i fruitori delle strutture ospedaliere. Se gli interventi necessari possono ormai essere considerati "di routine" (cappotti termici, sostituzione serramenti, riqualificazione impianti termici, ecc), la loro attuazione risulta modesta e nella maggior parte dei casi si punta l'attenzione su procedure più urgenti come l'adeguamento normativo delle strutture sanitarie (ad es. antincendio, antisismica) o l'acquisto di macchinari per diagnosi e trattamento delle patologie;
- dallo studio dell'ARESS sugli indicatori energetici TEP/pl, cioè sui consumi specifici di Energia Primaria in rapporto a posto letto, si evince che l'ospedale col peggior rapporto TEP/pl è il Cardinal Massaja di Asti con 13,28, seguito dal CTO e da Mondovì mentre il migliore è l'Ospedale Civico di Caraglio (2,06) seguito da Venaria e Carmagnola. Questo induce una riflessione:
 - le strutture "nuove" sono largamente energivore pertanto sarebbe necessario presentare un'analisi dettagliata dei costi attuali e previsti, con le nuove costruzioni, onde evitare di generalizzare su improbabili risparmi sui costi di gestione dei nuovi ospedali;

visto che vi è una evidente difficoltà a valorizzare o riconvertire ad altre attività sanitarie o non sanitarie gli immobili ospedalieri dismessi e che spesso il valore del patrimonio immobiliare da alienare viene inserito nei piani di finanziamento delle nuove strutture ospedaliere;

impegna la Giunta regionale

a fare in modo che venga presentata in tempi ragionevoli, alla Commissione competente, una DCR contenente il piano di edilizia sanitaria, ospedaliera e territoriale, a medio e lungo termine che comprenda:

- tutti gli interventi di nuova costruzione, localizzati in funzione dell'ottimizzazione dei bacini di utenza
- tutti gli interventi di manutenzione e recupero degli immobili esistenti
- il piano di riqualificazione energetica del patrimonio edilizio sanitario;
- una previsione attendibile sulle destinazioni urbanistiche per il riutilizzo delle strutture ospedaliere dismesse;

---==oOo===---

Testo del documento votato con modifiche e approvato all'unanimità nell'adunanza consiliare del 24 gennaio 2017