



AZIENDA OSPEDALIERA NAZIONALE

ALESSANDRIA

Santi **ANTONIO e BIAGIO**
e CESARE ARRIGO

S.S.N. - Regione Piemonte

CENTRO RIABILITATIVO “TERESIO BORSALINO” IN ALESSANDRIA

STUDIO PRELIMINARE

REDATTO DALLA COMMISSIONE TECNICA
ISTITUITA CON DELIBERA N. 516 DEL 14/5/1997

ALESSANDRIA, FEBBRAIO 1998

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA
"Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"

CENTRO RIABILITATIVO "TERESIO BORSALINO" ALESSANDRIA

STUDIO PRELIMINARE

E' intendimento dell'Amministrazione dell' Azienda Ospedaliera " SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria attivare in tempi brevi il programma per la riconversione dell'Ex Ospedale " Teresio Borsalino", di proprietà della medesima Azienda, in PRESIDIO RIABILITATIVO POLISPECIALISTICO al servizio di una vasta popolazione residente nella zona sudorientale della Regione Piemonte e nelle zone limitrofe delle regioni vicinali.

Con deliberazione n° 516 del 14/05/1997, è stata istituita una apposita Commissione tecnica composta da:

- Dott. Renato GATTO (Primario dei Servizio di R.R.F.)
- Dott. Massimo DESPERATI (Resp. Medico Presidio Ospedaliero)
- Arch. Claudio PESCE (Responsabile Servizio Tecnico)
- Ing. Enrico RUFFINO (Consulente esterno)

con il compito di procedere allo studio preliminare del Progetto "OSPEDALE BORSALINO" ed alla valutazione del programma per la succitata riconversione del predetto ex presidio ospedaliero, con specifico mandato di:

- a) valutare le possibilità tecniche ed i relativi costi di recupero e trasformazione dell'ex Ospedale "Teresio Borsalino", con le disponibilità finanziarie attualmente esistenti;
- b) verificare e proporre le modalità organizzative (discipline previste, posti letto in regime ordinario e di d.h., ambulatori, ecc.) con riferimento a precisi indicatori di tipo economico.

L'attività della Commissione si è espletata attraverso articolate riunioni di lavoro, con visite ai centri di Villanova D'Arda (PC), Basilea e del C.T.O. di Roma e, con l'analisi della più recente documentazione specialistica disponibile; particolare attenzione è stata riservata alle problematiche annesse alla UNITA' DI RIABILITAZIONE DI TERZO LIVELLO PER IL TRATTAMENTO DELLE GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE (U.G.C.) e alla UNITA' SPINALE PER LA CURA, LA RIABILITAZIONE ED IL REINSERIMENTO DEI SOGGETTI CON LESIONE MIDOLLARE (U.S.). Sono state infine effettuate le necessarie verifiche per valutare la potenziale idoneità dell' ex -ospedale "T Borsalino" alla nuova previsione di utilizzo.

La Commissione, a conclusione delle proprie analisi e indagini, ha redatto il presente studio che risulta articolato sulle seguenti parti:

- A. PREVISIONE E ANALISI DELLE FINALITA' SOCIO - SANITARIE
- B. ANALISI E PROSPETTIVE ECONOMICO - GESTIONALI
- C. ASPETTI TECNICO - STRUTTURALI E COSTI DI RISTRUTTURAZIONE
- D. PREVISIONI CIRCA IL FINANZIAMENTO E LA REALIZZAZIONE DELL'OPERA

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA
"Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"

A. PREVISIONE E ANALISI DELLE FINALITA' SOCIO - SANITARIE

Le attività di riabilitazione hanno lo scopo di consentire il massimo recupero dell'integrità psicofisica dell'organismo in cui la malattia ha lesa alcune funzioni in modo tale da rendere problematico l'inserimento dell'individuo nel contesto lavorativo e sociale.

Appare subito evidente che un requisito essenziale per cui dette attività conseguono un notevole livello di efficacia è la tempestività di intervento, a cui si aggiunge la necessità di disporre di strutture adeguate ad affrontare una situazione complessa ed aggredibile solo a livello multidisciplinare.

Non è possibile delegare tutte le funzioni suddette ai reparti di riabilitazione e/o ai servizi territoriali, ed è quindi inevitabile fare ricorso a particolari strutture di tipo ospedaliero per la riabilitazione dei casi conseguenti ad eventi patologici quali gravi malattie o politraumi.

Purtroppo la gestione di strutture esclusivamente dedicate a trattamenti riabilitativi di questo tipo presenta notevoli costi di gestione: la soluzione ideale potrebbe essere costituita da un ospedale in cui siano presenti sia grandi competenze tecnico-specialistiche nel campo della riabilitazione dei mielolesi e cerebrolesi, sia unità di riabilitazione di secondo livello particolarmente utili per la riabilitazione di alcune patologie (cardiovascolari, polmonari, ortopediche) che richiedono un trattamento specifico al termine del normale ricovero ospedaliero in reparto per acuti, dove spesso i pazienti sono costretti a soggiornare per lunghi periodi per effettuare terapie meglio erogabili in strutture appositamente concepite.

L'ex-ospedale "T. BORSALINO" si presta magnificamente ad essere riconvertito in una struttura come quella ora descritta, sia per la sua collocazione decentrata ma assai vicina ai presidi ospedalieri e alle autostrade, sia per la sua tipologia edilizia che permette facilità di integrazione tra le varie parti costitutive.

In tale ambito è auspicabile prevedere unità di trattamento di 3° livello, quali l'Unità Spinale (US) e l'Unità Gravi Cerebrolesioni (UGC) accanto a strutture di 2° livello dedicate alle principali patologie che necessitano di trattamento riabilitativo in ambito ospedaliero.

Accanto a dette strutture è bene prevedere un'unità di lungodegenza postacuzie assolutamente necessaria per sgravare da compiti impropri i presidi ospedalieri per acuti nel trattamento di quei casi dove problemi logistici, mancanza di adeguato supporto familiare e/o particolari esigenze di controlli clinici specialistici ravvicinati controindicano un trattamento domiciliare.

Vengono ora esaminate nel dettaglio le finalità e le esigenze strutturali ed organizzative di una struttura idonea a svolgere le funzioni sopra descritte con moderni criteri clinico-diagnostici e gestionali.

UNITA' SPINALE (US)

L'US rappresenta una struttura espressamente destinata all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, per permettere ai mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute ed il più alto livello, di capacità funzionali compatibili con la lesione, garantendo un intervento riabilitativo di tipo olistico.

A seconda delle fonti sono consigliate strutture minime dal 20 ai 30 PL, in relazione alle necessità di garantire personale dedicato e specializzato nel settore, difficilmente condivisibile con altre attività di riabilitazione. In genere è richiesta la collocazione dell'US all'interno di un presidio dotato di UOA specialistiche (rianimazione neurochirurgia, neuroradiologia, ortopedia e traumatologia, neurologia, urologia con urodinamica ed andrologia, chirurgia plastica, medicina generale, pneumologia, chirurgia generale, ginecologia e psicologia clinica).

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) approvato con L.R. n.61/12.12.1997, assegna 10 PL (oltre a 5 di day hospital) ad Alessandria specificamente collocandoli nel Presidio Borsalino. Alla luce dei parametri precedentemente esposti, che uniscono le necessità tecniche a continue economie di gestione, deve essere oggetto di valutazione se ridiscutere a livello regionale l'assegnazione dei posti letto, attualmente frammentati tra le due Aziende ospedaliere di Alessandria e Novara.

Il trattamento del mieloleso va distinto in quattro fasi:

-FASE ACUTA la cui gestione non può essere svolta al di fuori di un Presidio che contenga la Rianimazione e le altre UU.00. prima citate. La sua organizzazione rientra pertanto nei compiti del TRAUMA CENTER che dovrà essere

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA
"Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"

approntato presso i Presidi SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo per le rispettive competenze, all'interno del Dipartimento di Emergenza.

-FASE SUBACUTA in cui la componente clinico-osservazionale è prevalente su quella riabilitativa. Per queste ragioni detta fase andrà sviluppata presso le UU.OO. di neurochirurgia, di traumatologia o di chirurgia pediatrica nei rispettivi Presidi ospedalieri, ove è disponibile il ricorso immediato alla Rianimazione.

-FASE DI TERAPIA RIABILITATIVA comprendente anche obiettivi di tipo ergoterapico: per questa fase, di lunga durata e di competenza per lo più riabilitativa, è prevista la possibile collocazione al Presidio Borsalino dei 10 PL assegnati all'uso dalla Regione.

-FASE DI DIMISSIONE "GUIDATA" in collaborazione con le ASI, di residenza dei vari soggetti, cui va man mano affidato il paziente sempre più emancipato dalla struttura ospedaliera, cui potrà svolgersi se necessario per i vari controlli in regime ambulatoriale o di day hospital.

ESIGENZE STRUTTURALI

L'area di degenza deve rispettare i requisiti stabiliti dal D.P.R. 14/01/1997 e va configurata con spazi di ricovero a più letti, necessitando questo tipo di pazienti di una continua socializzazione.

Vengono evidenziate inoltre le necessità proprie della terza fase da svolgersi presso il Presidio Borsalino:
Palestre per rieducazione funzionale collegate con ambulatori di chinesiterapia, isocinetica, elettroterapia, laboratorio di materiali termoplastici
Ambulatori di urodinamica e neurofisiologia
Ambulatorio per consulenze specialistiche
Settore terapia occupazionale con simulatore di guida, appartamento protetto ecc.
Settore idroterapico
Laboratorio per validazione carrozzine ed ausili
Vaste aree di socializzazione, ivi comprese strutture per attività sportive interne ed esterne

DOTAZIONE DI PERSONALE

Si propongono gli standard elaborati dal Gruppo di lavoro ministeriale per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, coordinato dal dott. Basaglia di Ferrara:

Medici: 1 medico ogni 4 pl= 3

Infermieri professionali :1,5 / PL= 15

Operatore Tecnico Assistenziale (OTA): 1 ogni 5 PL= 2

Terapista di riabilitazione: 1 ogni 2,5 PL=4, di cui alcuni con specifica esperienza in campo idroterapico

Terapista occupazionale: 1 ogni 8 PL=1

Considerato che detti standard sono riferiti genericamente all'attività globale, e comprendono quindi le fasi più acute, si ritiene di riconsiderare l'organico per la parte infermieristica, ipotizzando un miglior utilizzo degli OTA per attività di supporto, configurando un turno di infermieri professionali e di OTA.

L'organico che ne deriva risulta di 3 medici, 10 infermieri professionali, 8 OTA, 4 terapisti della riabilitazione ed 1 terapeuta occupazionale per i 10 posti letto assegnati.

Va inoltre previsto un animatore nel presidio e le consulenze di uno psicologo, nonché l'apporto dell'attività di un tecnico ortopedico e di un bioingegnere.

UNITA' GRAVI CEREBROLESIONI (UGC)

L'UGC è espressamente destinata ad affrontare i problemi assistenziali e rieducativi relativi ai gravi traumatismi cranioencefalici e di altre gravi cerebrolesioni caratterizzate da complessi deficit fisici, cognitivi e comportamentali, esclusi gli esiti di stroke e di cerebropatie degenerative.

Anche in questo caso sono consigliabili strutture dotate di un congruo numero di posti letto (30 PL secondo il Gruppo di lavoro interministeriale) che servono ampi bacini d'utenza.

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA
"Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"

Il PSR non precisa il numero di letti da mettere a disposizione per questo tipo di patologie tenendo conto che: gli standard di personale sono praticamente sovrapponibili a quelli relativi all'US e quindi anche i relativi costi non appare economico pensare ad unità superiori ai 10/12 posti letto in caso venissero confermati i 10 PL relativi all'US. In tal caso si utilizzerebbe un'equipe integrata US-UGC con dotazione doppia di quella indicata per l'US. Tale organizzazione ha già valide attuazioni in centri che sono di riferimento internazionale (Basilea).

Una seconda ipotesi prevede la possibilità di attivare 20 PL di UCG senza attivare l'US. Questa ipotesi richiede, se validata, una discussione della dotazione dei PL a livello regionale.

Le fasi di trattamento sono analoghe a quelle già discusse a livello dell'US: peraltro la fase subacuta andrebbe gestita in un'area subintensiva ad alta valenza riabilitativa che dovrebbe essere contigua alla Rianimazione. Tale concetto è ribadito dal PSR. Anche per l'UGC si dovrà dunque distinguere una fase acuta e subacuta da gestirsi all'interno dei Presidi ospedalieri per acuti (che dovranno specializzare alcuni posti letto nelle immediate vicinanze della Rianimazione) ed una fase a prevalente valenza riabilitativa che può essere prevista al Presidio Borsalino.

ESIGENZE STRUTTURALI

Sono simili a quelli previsti per l'Unità Spinale.

ESIGENZE DI PERSONALE

Gli standard sono analoghi a quelli dell'Unità Spinale. Si prevede inoltre una logopedista ogni 10 pl (le terapisti della riabilitazione scendono pertanto di 1 unità)

UNITA' RIABILITATIVE DI 2° LIVELLO

Intervengono su disabilità complesse che richiedono un ricovero ospedaliero in ambiente specialistico riabilitativo per vari motivi: non completa autosufficienza; intervento rieducativo non inferiore alle due ore distribuito nella giornata; sorveglianza continuativa dopo ben definiti interventi terapeutici. Ha dimensioni di riferimento provinciale.

La tipologia dei ricoverati è varia: si pensa comunque a pazienti affetti da patologie neurologiche ortopediche, cardiologiche e respiratorie.

I letti assegnati tengono conto delle verosimili esigenze della Popolazione assistita e dei limiti fisici imposti dalla ristrutturazione.

E' sicuramente ipotizzabile un settore ortopedico con durata media della degenza di circa 30 giorni riferibile all'assistenza ai casi operati presso i Presidi per acuti.

Si propone inoltre un settore per patologie cardiache/respiratorie con durata media della degenza di circa 15 giorni , utilizzabile per dimessi da interventi cardiocirurgici e per la riabilitazione delle broncopneumopatie croniche.

Necessario è quindi prevedere un settore neurologico con durata media della degenza di circa 60 giorni destinato alla riabilitazione degli emiplegici e di altre patologie neurologiche non complesse.

ESIGENZE STRUTTURALI

Possono essere così riassunte:

Aree di degenza

Aree di socializzazione

Aree per la diagnostica clinico-strumentale

Aree di riabilitazione in parte differenziate in funzione delle diverse esigenze rieducative

Aree di servizio (archivi,uffici,studii ecc.)

ESIGENZE DI PERSONALE

Il problema del personale relativo alle suddette aree di degenza è complesso: più che ricorrere a parametri specifici è consigliabile ricavarli da alcune considerazioni gestionali. Anzitutto va assicurata un'attività riabilitativa di 2 ore /die a paziente; inoltre è necessario definire organici di settore (leggi per gruppi di 28 letti) analoghi a quello previsto precedentemente, in modo da assicurare un turno continuativo di Infermieri professionali ed OTA , che possono essere ben utilizzati per la mobilitazione del paziente.

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA
"Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"

La logopedista va prevista per il solo settore neurologico, e va considerata in senso dipartimentale con la logopedista prevista per l'UGC. Un problema difficile è rappresentato dall'organico dei fisiatristi: si ritiene che 4 unità in aggiunta alle 6 previste per l'US e l'UGC possano formare un'equipe che possa far fronte alle esigenze di guardia attiva, in collaborazione con i colleghi di area clinica di cui si parlerà a proposito della lungodegenza post acuzie.

LUNGODEGENZA POST ACUZIE

Vi è una diffusa esigenza di facilitare il funzionamento delle UU.OO. ospedaliere destinate agli utenti acuti convogliando le necessità di alcuni pazienti che, pur non richiedendo interventi di tipo diagnostico terapeutico di elevato livello, richiedono un trattamento ospedaliero per le condizioni di non autosufficienza, non gestibili per ragioni logistiche o cliniche direttamente a domicilio attraverso l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

L'attività riabilitativa in tali settori è relativamente modesta: la responsabilità clinica dei pazienti va dunque affidata ad un dirigente con specializzazione in medicina interna o in geriatria

ESIGENZE STRUTTURALI

Le esigenze strutturali sono simili a quelle dei reparti di degenza integrate da strutture riabilitative da ricavarsi nell'ambito di quelle da attivarsi presso il Presidio Borsalino per le varie attività riabilitative.

Il numero di posti letto non dovrebbe essere inferiore a 28 PL che costituiscono la dotazione massima possibile per una sezione di degenza del Presidio Borsalino opportunamente ristrutturato alla luce dei parametri di legge.

ESIGENZE DI PERSONALE

Può essere ragionevolmente proposto un organico di 6 medici per assicurare la guardia attiva di Presidio, in collaborazione con i colleghi fisiatristi, e di 10 infermieri professionali ed 8 OTA in modo da avere garantito un doppio turno di assistenza.

B. ANALISI E PROSPETTIVE ECONOMICO - GESTIONALI

RICAVI

Per quanto riguarda i ricavi, le tariffe utilizzate per le valutazioni sono basate sulla Deliberazione della Giunta Regionale 27 ottobre 1997, n.44/22844 integrata dalla D.G.R. 12 novembre 1997, n. 15123125 aventi per oggetto "D.Leg.vo 502/92 e D.Leg.vo 517/93 - Rideterminazione delle tariffe per attività ospedaliere e per altre attività sanitarie da riconoscersi agli erogatori pubblici del Servizio Sanitario Regionale"

Per quanto riguarda la quota DRG/die relativa all'unità cardiorespiratoria, essa è pari alla media aritmetica delle tariffe relative alle prestazioni cardiocircolatorie (558.000) e respiratorie (513.000).

Considerando che la parte cardiocircolatoria è superiore a quella respiratoria tale valore è in realtà lievemente sottostimato.

Utilizzando tali tariffe, parametri ipotetici di occupazione di almeno il 90% ed mi base ai posti letto assegnati, si possono stimare i seguenti ricavi:

	PL	DM	PZ	GGDD	TO	DRG	RICAVO
cardiorespi- ratoria	14	15	307	4605	0.90	535.000	2.463.675.000
neurologia	28	60	154	9240	0.90	582.000	5.377.680.000
ortopedia	14	30	154	4620	0.90	527.000	2.434.740.000
lungodege.	.28	40	230	9200	0.90	248.000	2.281.600.000
US	10	200	17	3400	0.93	891.000	3.029.400.000
UGC	10	270	15	4050	0.92	762.000	3.086.100.000
TOTALI							18.673.195.000

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA
"Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"

ove:

PL = posti letto

DM= durata media della degenza

PZ = No ricoveri annui

GGDD = N' giornate di degenza annue

TO = tasso di occupazione dei letti

DRG = tariffa giornaliera

FABBISOGNO DI PERSONALE

Alla luce di quanto esposto finora, si può stimare il fabbisogno di personale ed il costo relativo determinandoli in base ai parametri utilizzati dalla Regione Piemonte per finanziare le funzioni di emergenza (dati 1997) e considerando personale con una anzianità media:

La seguente tabella è relativa al personale sanitario:

Personale	US+UGC	ORT/CAR	NEUR	LUNDEG	totale	costo unit	totale
medici	6	.-2	2	6	16	110	1760
caposala	1	1	1	1	4	55	220
inf. prof.	12	10	10	10	42	50	2100
ota	12	8	8	8	36	44	1584
coord.ter.	1	---	1	---	2	55	110
ter. occ.	2	---	---	---	2	50	100
ter. riab.	7	6	5	2	20	50	1000
logoped.	1	---	1	---	2	50	100
animatore	2	---	---		2	44	88
psicologo				1	1	100	100
animatore				1	1	50	50
TOTALE (milioni)							7212

I medici agiscono in due equipe separate, ma con compiti di guardia interdipartimentale comune. L'organizzazione minima verticale verrà successivamente meglio definita in dettaglio con scelta del modello operativo più funzionale.

Ogni caposala sovrintende ad un'unità funzionale; gli infermieri professionali sono anch'essi da intendersi come organico dipartimentale, essendo auspicabili spostamenti tra le varie unità funzionali; lo stesso dicasi per le fisioterapiste.

I coordinatori terapisti sono 2: uno per l'unità specialistica US e UGC ed uno per il resto dell'attività.

Si ritiene che si debba anche prevedere una direzione di presidio composta da un medico di direzione sanitaria, un Capo Servizi Infermieristici (già CSSA), un responsabile amministrativo e da personale amministrativo (almeno 4 unità) per l'archiviazione ed il rilascio delle cartelle cliniche, attività di segreteria, ufficio rapporti con il pubblico

Ad esso si aggiungono 6 unità per il servizio di portineria.

Questo comporta un costo aggiuntivo di 660 milioni/anno, come è dimostrato dalla seguente tabella:

Personale	totale	costo unitario	totale
medico di direzione sanitaria	1	110	110
capo servizi infermieristici	1	60	60
responsabile amministrativo.	1	50	50
amministrativi	4	44	176
portinai	6	44	264
TOTALE			660

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA
"Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"

Pertanto i costi di personale possono essere riassunti nell'ordine dei 7,872 miliardi/anno.

COSTO DEI BENI

Tenuto conto dei costi rilevati nell'azienda ospedaliera nell'anno 1997 si ipotizzano i seguenti costi relativi all'acquisto di materie prime da utilizzarsi nel presidio Borsalino:

	beni sanitari	beni non sanitari
US - UGC	3.135.000.000	122.000.000
Altre unità operative	196.000.000	497.000.000
TOTALE	3.331.000.000	619.000.000

COSTO DEI SERVIZI E SPESE GENERALI

Tenuto conto del costo totale dei servizi rilevati nell'azienda ospedaliera nell'anno 1997 lire e dell'area dei diversi plessi ospedalieri, si stima un costo da addebitare al presidio Borsalino in lire 3,2 miliardi.

AMMORTAMENTI

L'investimento ipotizzato è pari a lire 30 miliardi, come infra meglio specificato. Si valuta la durata utile dell'investimento in quindici anni e pertanto si calcola una quota di 'ammortamento annuo pari a lire 2 miliardi.

RIEPILOGO

VALORE DELLA PRODUZIONE:	
RICAVI PER PRESTAZIONI EROGATE	18.673.1195.000
COSTI DI PRODUZIONE	
Costo del personale	7.872.000.000
Costo beni non sanitari	619.000.000
Costo beni sanitari	3.331.000.000
Costo servizi non sanitari	3.200.000.000
Ammortamenti	2.000.000.000
TOTALE COSTI DI PRODUZIONE	17.022.000.000
RISULTATO DI ESERCIZIO	1.651.195.000

(Nota: le previsioni sopra descritte riportano ovviamente la situazione esistente al 1998 e non tengono conto delle variazioni intervenute nel tempo, ivi comprese le conversioni Lire/Euro)

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA
"Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"

C. ASPETTI TECNICO – STRUTTURALI COSTI DI RISTRUTTURAZIONE

• ***Descrizione sommaria della attuale struttura ed area annessa***

Il sedime in questione sorge su un'area di circa 96.000 mq. sita alla periferia nord della città; dista circa tre Km. dall'Ospedale Civile "SS. Antonio e Biagio" cui risulta collegato da una viabilità diretta e a scorrimento veloce. Risulta inoltre molto prossimo dello svincolo autostradale Alessandria Ovest".

Il complesso è composto da una struttura principale e da sette fabbricati minori sussidiari la chiesa, l'ex abitazione del Direttore, un capannone-magazzino di recente realizzazione, l'alloggio infermiere, la portineria esterna, l'autorimessa e la lavanderia.

La struttura principale ha una superficie coperta di circa 3.500 mq.; la superficie complessiva (SLP) dei quattro livelli su cui la struttura si sviluppa è di circa 11.250 mq. di cui 3.800 mq. seminterrati; è composta da due piani fuori terra e un piano seminterrato disposti planimetricamente ad H; trattasi cioè di due distinti e paralleli corpi di fabbrica disposti lungo la direttrice Nord-Est / Sud-Ovest, uniti nella loro parte mediana da un lungo corridoio di collegamento al cui centro si trova un terzo corpo di fabbrica di più ridotte dimensioni e articolato su tre piani fuori terra più un piano seminterrato.

Come volumetria esterna e assetto distributivo interno, il fabbricato ricalca gli schemi e i tipi ospedalieri per lungodegenti, classici dell'inizio secolo ed è indubbiamente opera di notevole interesse architettonico.

Per una più precisa descrizione circa la distribuzione interna dei locali nonché dei percorsi orizzontali e verticali si rimanda alle tavole allegate.

• ***Stato attuale di conservazione***

Il prolungato inutilizzo e i danni dell'alluvione del 1994 non hanno certo contribuito a mantenere la struttura in buono stato di conservazione; a ciò aggiungasi il fatto che molti locali sono stati impropriamente adibiti a depositi disordinati di documentazione cartacea e di altri materiali presumibilmente fuori uso; il risultato è un impatto visivo negativo ulteriormente incrementato da una diffusa sporcizia dei pavimenti e delle pareti.

Un aspetto molto negativo riguarda le varie impiantistiche che risultano per la maggior parte vetuste e obsolete e non più aderenti alle normative di legge con particolare riguardo alla sicurezza e al contenimento dei consumi energetici. Pertanto è da prevedersi il loro completo rifacimento anche in relazione ai danni arrecati dall'alluvione.

Le parti murarie e strutturali, sia esterne che interne, sono ancora in discreto stato di conservazione e meritevoli di interventi di recupero e di ripristino funzionale, e ciò, anche in relazione all'importanza che tale struttura riveste nella tradizione e nella cultura cittadina.

• ***Indicazione di massima degli interventi.***

A. OPERE EDILI E AFFINI (fabbricato principale):

- Ristrutturazioni interne (demolizioni e riedificazioni) in relazione alla nuova destinazione d'uso; I.
- Rifacimento completo di tutti i servizi igienici con adeguata previsione di bagni assistiti; ogni camera dovrà essere dotata di proprio servizio;
- Sostituzione di tutti i serramenti esterni (anche in relazione alla L. 10/91 sul contenimento dei consumi energetici) e di quelli interni;
- Ripristino di quota parte delle pavimentazioni e degli intonaci esterni ed interni;
- Opere di controsoffittatura;
- Rimozione e smaltimento coperture in eternit e ripristino delle originarie coperture piane;
- Opere di adeguamento alle normative antincendio (scale di sicurezza, filtri, etc.);
- Impermeabilizzazioni varie

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA
"Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"

B. OPERE DI IMPIANTISTICA (fabbricato principale):

B. 1 *Impianti meccanici:*

- Impianti di produzione dell'energia termica e frigorifera;
- Impianti di riscaldamento, condizionamento e ventilazione degli ambienti,
- Impianti di approvvigionamento e trattamento chimico-fisico delle acque per usi tecnologici;
- Impianti idrici (centrale idrica di accumulo e trattamenti per uso potabile e per usi diversi; reti di distribuzione acqua potabile fredda, acqua calda sanitaria; reti di scarico acque nere e bianche);
- Impianti di spegnimento incendi (centrale idrica antincendio, rete con idranti e nasca, estintori, impianti di spegnimento automatici);
- Impianti gas medicali;
- Sistema integrato di supervisione e controllo.

B. 2 *Impianti elettrici:*

- Impianti di distribuzione energia elettrica comprendenti la rete in media tensione, la cabina di trasformazione, le sorgenti ausiliarie di produzione dell'energia, le reti primarie e secondarie di distribuzione in bassa tensione per sistemi di energia normale, privilegiata, di sicurezza, sistemi di comando e controllo;
- Impianti di illuminazione, per interni, per servizio generale, normale e preferenziale, notturno, di sicurezza;
- Impianti di illuminazione aree esterne;
- Impianti di terra comprendenti i sistemi di dispersione verso terra, le reti dei conduttori di protezione, gli impianti di equalizzazione dei potenziali;

B. 3 *Impianti speciali per la sicurezza:*

- Impianti di protezione contro i fulmini (CEI 81 -1);
- Impianti rilevazione incendi / azionamenti antincendio;
- Impianti rilevazione anomalie sistemi gas infiammabili e gas medicali;
- Impianti TV a circuito chiuso;
- Impianto antintrusione e controllo uscite di sicurezza;
- Impianti controllo accessi:

B.4 *Impianti speciali di comunicazione:*

- Impianti telefonici e trasmissione dati;
- Impianti interfonici
- Impianti diffusione sonora;
- Impianti chiamata infermiera e ricerca persone;
- Impianti segnalazione orario;
- Impianti TV;
- Impianti di segnaletica luminosa;
- Predisposizioni per impianti telefonici pubblici.

C. OPERE VARIE

- Ristrutturazione fabbricato "ex alloggio infermiere" per allestimento di foresteria da circa 25 camere;
- Eventuale palestra esterna;
- Ripristini e/o demolizioni di fabbricati accessori minori;
- Sistemazione aree esterne (rimozione cedui e alberate varie; sbancamenti e reinterri; viabilità interna e parcheggi; rifacimento recinzione; sistema illuminazione e irrigazione automatica aree verdi ecc.; ripristino tappeti erbosi, ecc.)
- Allacciamenti degli impianti tecnologici ai pubblici servizi: alimentazione energia elettrica, gas metano, acqua potabile; scarichi fognari (acque nere), scarichi acque meteoriche (acque bianche).

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA
"Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"

- *Previsione di massima della spesa e quadro economico.*

A. Importo lavori a base d'asta (struttura principale: circa 11.250 mq. (SLP)
fabbricato ex alloggio infermieri: circa 750 mq. SU

1.400.000 L./mq. x 12.000 mq (SLP) L. 16.800.000.000

B. Somme a disposizione dell'Amministrazione:

B. I. Arredi e attrezzature L. 3.000.000.000

B.2. Sistemazione area esterna
40.000 L./mq. x 92.000 mq. L. 3.680.000.000

B.3. Spese tecniche 14% di A. L. 2.352.000.000

B.4. IVA 10 % su A+ B.2. L. 2.048.000.000

B.5. IVA 20 % su B. 1 + B.2. L. 1.070.400.000

B.6. Imprevisti 5% di A. L. 840.000.000

TOTALE B.(Somme a disposizione) L. 12.990.400.000

L. 29.790.400.000

TOTALE GENERALE DI PREVISIONE (c.t.) L. 30.000.000.000

(Nota: le previsioni sopra descritte riportano ovviamente la situazione esistente al 1998 e non tengono conto delle variazioni intervenute nel tempo, ivi comprese le conversioni Lire/Euro)