



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

REGIONE CALABRIA

DCA n. 124 del 20 SET. 2019

**OGGETTO: Programma Straordinario di Investimenti ex art. 20, L. 67/88. Accordo di Programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari. Approvazione del Documento Programmatico.**

### IL COMMISSARIO AD ACTA

**VISTO** l'articolo 120 della Costituzione;

**VISTO** l'articolo 8 comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

**VISTO** l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

**VISTO** l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

**VISTA** la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e. in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

**RICHIAMATA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 Dicembre 2018, con la quale è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della regione Calabria il Gen. Dott. Saverio Cotticelli;

**RICHIAMATA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 19 Luglio 2019 con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali, è stato stabilito:

a) di confermare il Gen. Dott. Saverio Cotticelli quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii;

b) di rinnovare e di rideterminare al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di proseguire nell'attuazione dei Programmi operativi 2016-2018 nonché di tutti gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, ivi compresa l'adozione e l'attuazione dei Programmi operativi 2019-2021, laddove richiesti dai predetti Tavoli tecnici, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

1) Adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di ricondurre il livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli standard di riferimento, in particolare con riguardo all'adesione agli screening oncologici, all'assistenza territoriale ed alla qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera;

- 2) completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70, ed in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
- 3) definizione ed attuazione delle reti cliniche specialistiche;
- 4) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 5) revisione ed attuazione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
- 6) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 7) completa attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010);
- 8) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno, in applicazione della normativa vigente in materia;
- 9) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi in ottemperanza alla normativa vigente;
- 10) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 11) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipula del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente;
- 12) adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di pervenire alla completa implementazione dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario in termini di completezza e qualità, ivi inclusa l'implementazione del nuovo sistema informativo contabile regionale;
- 13) sottoscrizione degli accordi interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016 sancito con Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 e dell'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e sm.i.;
- 14) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 15) definizione e stipula del protocollo d'intesa con l'Università degli Studi "Magna Grecia" di Catanzaro in coerenza con la normativa vigente;
- 16) interventi per la razionalizzazione della spesa relativa alla medicina di base;
- 17) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 18) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 19) puntuale monitoraggio di quanto previsto dal Titolo II del decreto legislativo 118/2011 con riferimento alle rilevazioni del bilancio regionale riferite alle risorse destinate al Servizio Sanitario Regionale;
- 20) puntuale verifica dell'ordinato trasferimento da parte del bilancio regionale al SSR delle risorse ad esso destinate;
- 21) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all' ASP di Reggio Calabria e delle ulteriori poste debitorie eventualmente presenti negli altri enti del Servizio Sanitario Regionale;
- 22) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;

23) prosecuzione e tempestiva conclusione delle azioni previste per la puntuale attuazione del Percorso attuativo della certificabilità;

24) programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25, comma 3, del decreto legislativo 23 giugno 2011. n. 118 e secondo gli indirizzi di programmazione coerenti con il decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 e con le misure di razionalizzazione ed efficientamento del patrimonio immobiliare strumentale e non strumentale;

25) puntuale attuazione dei nuovi compiti assegnati al Commissario ad acta dal d.l. 35 del 2019;

e) di prendere atto delle dimissioni da Sub Commissario dell'ing. Thomas Schael presentate con nota del 29 giugno 2019 e aventi decorrenza dal 1 luglio 2019;

d) di nominare la dott.ssa Maria Crocco Sub Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

e) di incaricare il Commissario *ad acta* a relazionare, con cadenza semestrale, al Presidente del Consiglio dei Ministri ed ai Ministeri affiancanti in merito all'attività svolta, in esecuzione del mandato commissariale, ferme restando le verifiche trimestrali ed annuali previste dalla normativa vigente.

**VISTO** il Decreto Legge 30 aprile 2019 n.35 "*Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria*" convertito in legge (L. n. 60 del 25 giugno 2019).

**ATTESO** che questa Struttura Commissariale ritiene doveroso attenersi alle direttive impartite dai Ministeri affiancanti come peraltro previsto nell'accordo per il piano di rientro.

#### **CONSIDERATO CHE:**

- l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e s.m.i., ha autorizzato l'esecuzione di un Programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti;

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e in particolare, l'articolo 5 bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/88;

- la deliberazione CIPE n. 53 del 21 marzo 1997 ha stabilito i criteri per l'avvio della seconda fase del Programma nazionale straordinario di investimenti previsto dal citato art. 20 della legge n. 67/1988, a seguito della conclusione della prima fase del Programma;

**VISTA** la nota prot. n. 5466 del 19/02/2018 con la quale il Ministero della Salute, in riscontro alla comunicazione fatta dalla Regione Calabria di voler riavviare le procedure per la realizzazione del nuovo Ospedale di Catanzaro, ha tra l'altro precisato che la somma di € 17.571.984,68, relativa programma ex art. 71 della L. 448/98, è stata interamente erogata a favore della Regione Calabria per l'intervento riguardante la città di Catanzaro;

**VISTA** la nota prot. n. 40762 del 20/12/2018 con la quale il Ministero della Salute, ha certificato che le risorse a carico dello Stato a valere sui fondi art. 20 della L. 67/88, disponibili per la Regione Calabria, ai fini della sottoscrizione di nuovi Accordi di Programma, sono complessivamente pari a € 308.402.732,56 di cui € 258.494.814,88 non finalizzati ed € 49.907.917,68 da rifinalizzare;

**ACCERTATO**, quindi, che le risorse a carico dello Stato ancora disponibili per la Regione Calabria ai fini della sottoscrizione di Accordi di Programma ammontano a € 308.402.732,56 a valere sulle risorse ex art. 20 della L. 67/88 ed a € 17.571.984,68 a valere sul Programma previsto dall'art. 71 della L. 448/98;



## CONSIDERATO CHE:

- con DGR n. 160 del 13/05/2016 è stato approvato il Patto per lo Sviluppo della Regione Calabria, sottoscritto in data 30/04/2016 dal Presidente del Consiglio dei Ministri e dal Presidente della Regione Calabria, successivamente riformulato con DGR. n. 3 del 12/01/2018;
- tra le Linee di Sviluppo e le relative aree di intervento previste dal suddetto Patto è presente quella relativa all'Edilizia ed Innovazione sanitaria che, in coerenza con la riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Calabria, contempla la realizzazione di interventi finalizzati, a partire dagli Ospedali HUB, all'ammodernamento delle strutture ed all'innovazione delle tecnologie sanitarie, indicati nel prospetto 6. Edilizia sanitaria e innovazione dei servizi per la salute della Tabella A allegata alla sopracitata DGR n. 3/2018;

**VERIFICATA** la coerenza degli interventi nonché degli obiettivi generali e specifici previsti nel Documento Programmatico con gli atti di programmazione sanitaria regionali e nazionali;

**RITENUTO** di dover approvare il Documento Programmatico allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, ai fini della successiva sottoscrizione di Accordi di Programma;

**VISTO** l'Accordo Stato-Regioni sancito in data 28 febbraio 2008 - Allegato A - con cui sono state definite le modalità e le procedure per l'attivazione dei Programmi di investimento in sanità tramite gli Accordi di Programma, di cui all'art. 5 bis del D.Lgs n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTO** il Decreto n. 70 del 02/04/2015 del Ministero della Salute: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.";

**VISTO** il Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria n. 64 del 5 luglio 2016, recante "P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016.";

**VISTA** l'istruttoria effettuata dal Settore n. 10 "Opere pubbliche a titolarità regionale ed edilizia sanitaria" del Dipartimento "Infrastrutture, lavori Pubblici, Mobilità";

**SU PROPOSTA** del Dirigente Generale del Dipartimento Infrastrutture, Lavori Pubblici, Mobilità e del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute.

## DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

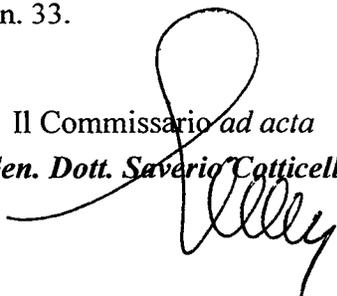
**DI APPROVARE** il Documento Programmatico, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, ai fini della sottoscrizione di Accordi di Programma.

**DI TRASMETTERE** il presente provvedimento al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute per la relativa attuazione nonché per la notifica ai soggetti interessati.

**DI INVIARE** il presente decreto ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro".

**DI DARE MANDATO** al Dirigente Generale del Dipartimento regionale Tutela della Salute per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Commissario *ad acta*  
*Gen. Dott. Saverio Cotticelli*



**VISTO**

Il Sub Commissario  
*Dott.ssa Maria Crocco*





## REGIONE CALABRIA

**ACCORDO DI PROGRAMMA  
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI**

**PROGRAMMA DI INVESTIMENTI  
ART. 20 LEGGE N. 67/1988**

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO**



## PREMESSA

Il presente documento è stato elaborato in ossequio alle vigenti linee guida del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti, istituito in attuazione dell'articolo 1 della Legge 144/1999 e confermato come organismo interno al Ministero ai sensi Decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44 che è competente per l'istruttoria e la valutazione delle proposte regionali, propedeutica alla loro approvazione e alla sottoscrizione del relativo accordo di programma.

In particolare si è fatto riferimento al documento recante "*Metodologia per la formulazione e la valutazione di documenti programmatici – MexA Metodologia ex Ante*", allegato A1 all'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "*Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità*".

## RIFERIMENTI E CONTATTI

Il presente Documento è stato elaborato dal Settore n. 10 "Opere Pubbliche a Titolarità Regionale ed Edilizia Sanitaria" del Dipartimento "Presidenza", in raccordo con il Dipartimento "Tutela della Salute", per l'analisi dei dati del Servizio Sanitario Regionale, dell'offerta di salute e dei sistemi informativi della Regione Calabria.

Lo studio di fattibilità relativo al Nuovo Ospedale di Cosenza ed alla Cittadella della Salute di Cosenza è stato redatto dalla Regione Calabria - Settore n. 10 "Opere Pubbliche a Titolarità Regionale ed Edilizia Sanitaria", in esito ad uno specifico appalto di servizi di progettazione.

Gli altri studi di fattibilità sono stati elaborati dagli uffici tecnici delle Aziende Sanitarie Provinciali competenti.

### Contatti

REGIONE CALABRIA

DIPARTIMENTO PRESIDENZA - SETTORE N. 10 "OPERE PUBBLICHE A TITOLARITÀ REGIONALE ED EDILIZIA SANITARIA"

Cittadella Regionale – Località Germaneto – 88100 Catanzaro (CZ)

PEC: [operepubbliche.llpp@pec.regione.calabria.it](mailto:operepubbliche.llpp@pec.regione.calabria.it)

Pasquale GIDARO – Dirigente del Settore n. 10

[p.gidaro@regione.calabria.it](mailto:p.gidaro@regione.calabria.it)

Tel. 0961/85.74.84

Francesco DATTOLO - Funzionario, referente per gli Accordi di Programma ex art. 20 l.n. 67/1988

[f.dattolo@regione.calabria.it](mailto:f.dattolo@regione.calabria.it)

Tel. 0961/85.65.25



DOCUMENTO RECANTE:  
"METODOLOGIA PER LA FORMULAZIONE E LA VALUTAZIONE  
DI DOCUMENTI PROGRAMMATICI"

## MexA Metodologia ex Ante

### INDICE

B.	CONTENUTI DEI COMPONENTI CHIAVE .....	1
B.0	RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA.....	1
B.0.1	Identificazione e obiettivi dell'Accordo .....	1
B.0.2	Quadro finanziario .....	2
B.0.3	Raccordo con il passato .....	3
B.0.3.1	Programma ex art. 20, L. 67/88 - PRIMA FASE .....	3
B.0.3.2	Programma ex art. 20, L. 67/88 - SECONDA FASE .....	4
B.0.3.2a	Accordo di Programma Stralcio del 16/12/2004 .....	4
B.0.3.2b	Accordo di Programma Integrativo del 13/12/2007 .....	5
	NUOVO OSPEDALE DI VIBO VALENTIA .....	7
	NUOVO OSPEDALE DELLA SIBARITIDE.....	10
	NUOVO OSPEDALE DELLA PIANA DI GIOIA TAURO .....	12
	NUOVO OSPEDALE DI CATANZARO .....	13
B.0.3.2c	Programma di Potenziamento Funzionale e Innovazione Tecnologica (OPCM 3635/2007) .....	19
B.0.3.3	Interventi in materia di sicurezza (L. 450/1997).....	20
B.0.3.4	Interventi nel settore materno infantile (L. 34/96, art. 3 comma 4).....	20
B.0.3.5	Programma di interventi per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. 135/90) .....	21
B.0.3.6	Potenziamento delle strutture di radioterapia (art. 28, comma 12, L. 488/99) .....	21
B.0.3.7	Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative - Hospice (L. 39/99) .....	22
B.0.3.8	Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (L. 448/98, art. 71).....	22
B.0.3.9	Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (L. 9/2012, art. 3-ter e s.m.i.) .....	23
B.0.3.10	Programma di adeguamento alla normativa antincendio (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013).....	23
B.0.4	La solidità programmatoria complessiva - Obiettivi generali e specifici .....	26
	IL PATTO PER LA CALABRIA.....	26
B.0.5	Coerenza Interna.....	27
B.0.6	Coerenze esterne .....	27
B.0.7	Quadro normativo .....	30
B.1	ANALISI SOCIO – SANITARIA - ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI .....	31
B.1.A	LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO.....	31
B.1.a1	Quadro epidemiologico .....	31
B.1.a2	Quadro demografico.....	33
B.1.a3	Quadro socio-economico.....	35
B.1.a4	Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso .....	38
B.1.a5	Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale) .....	43



B.1.a6	Offerta ante operam.....	50
B.1.a7	Analisi e valutazione della continuità assistenziale .....	55
B.1.B	STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI .....	61
B.1.b1	Identificazione dei bisogni assistenziali .....	61
B.1.b2	Descrizione della strategia.....	63
B.2	LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	64
B.2.A	OBIETTIVI DEL PROGRAMMA .....	64
B.2.a1	Analisi dei problemi e priorità .....	64
B.2.a2	La catena degli obiettivi .....	64
Obiettivo generale .....	65	
Obiettivi specifici.....	65	
Obiettivi operativi .....	66	
B.2.a3	Interventi progettuali - Primo e Secondo Stralcio .....	67
INTERVENTO N. 1 - ASP DI CROTONE - ADEGUAMENTO E POTENZIAMENTO DELL'OSPEDALE DI CROTONE.....	72	
INTERVENTO N. 2 - ASP DI CATANZARO - ADEGUAMENTO E POTENZIAMENTO DELL'OSPEDALE DI LAMEZIA TERME.....	78	
INTERVENTO N. 3 - AO DI COSENZA - REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI COSENZA .....	83	
INTERVENTO N. 4 – ASP DI COSENZA - CITTADELLA DELLA SALUTE DI COSENZA .....	102	
INTERVENTO N. 5 - POTENZIAMENTO TECNOLOGICO DEL GOM DI REGGIO CALABRIA102 .....	108	
INTERVENTO N. 6 - AOU DI CATANZARO - REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI CATANZARO.....	115	
INTERVENTO N. 7 - ASP DI CATANZARO - CITTADELLA DELLA SALUTE DI CATANZARO .....	127	
INTERVENTO N. 8 - AOU DI CATANZARO - ADEGUAMENTO FUNZIONALE ED IMPIANTISTICO MATER DOMINI.....	130	
INTERVENTO N. 9 - AO DI REGGIO CALABRIA - AMPLIAMENTO NUOVO OSPEDALE MORELLI DI REGGIO CALABRIA .....	130	
B.2.a4	Offerta post operam 137 .....	139
B.2.B	COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA .....	144
B.2.b1	Relazione e complementarità tra le priorità .....	144
B.2.b2	Analisi dei rischi .....	145
B.3	COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE .....	145
B.3.A	COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE E INTERSETTORIALE .....	145
B.3.a1	Coerenza con le priorità del Quadro Strategico Nazionale .....	146
B.3.a2	Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale .....	146
B.3.B	SOSTENIBILTA' DEGLI INTERVENTI.....	147
B.3.b1	Analisi delle condizioni .....	147
B.3.b2	Sostenibilità economica e finanziaria .....	147
B.3.b3	Sostenibilità amministrativa e gestionale .....	148
B.3.b4	Sostenibilità di risorse umane .....	148
B.3.b5	Sostenibilità ambientale .....	149
B.4	RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI .....	150
B.4.A	SISTEMA DI INDICATORI .....	150
B.4.a1	Indicatori di contesto.....	150
B.4.a2	Indicatori di Programma .....	154
B.4.a3	Indicatori di Efficacia ed Efficienza .....	155



B.4.a4 Fonti di verifica .....	155
B.4.B IMPATTI DEL PROGRAMMA.....	156
B.4.b1 Accettabilità sociale del Programma .....	156
B.4.b 2 - Valore aggiunto del Programma .....	156
B.4.b.3 Healt Technology Assessment.....	156
B.5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI .....	157
B.5.A PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA.....	157
B.5.a1 Presupposti organizzativi e finanziari .....	158
B.5.B SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA.....	158
B.5.b1 Monitoraggio finanziario .....	158
B.5.b2 Monitoraggio fisico.....	159
B.5.b3 Monitoraggio procedurale.....	159
C. APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO .....	160
C.1 - Matrice del Quadro Logico .....	161
C.2 - Analisi S.W.O.T. ....	163
C.3 - Obiettivi/Indicatori/Interventi .....	164
C.4 - Sintesi delle informazioni per autovalutazioni .....	166



## **B. CONTENUTI DEI COMPONENTI CHIAVE**

### **B.0 RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA**

#### ***B.0.1 Identificazione e obiettivi dell'Accordo***

Nell'ambito della gestione commissariale per l'attuazione del Piano di Rientro dei disavanzi sanitari nella regione Calabria, con Decreti del Commissario ad Acta, è stato definito l'assetto delle reti assistenziali sanitarie per acuti e post acuti (DCA n. 9/2015, DCA n.30/2016, DCA n.64/2016, DCA n. 166/2017). Per dare attuazione al nuovo assetto delle reti ospedaliere e territoriale, si rendono necessari interventi strutturali sul patrimonio edilizio sanitario regionale.

L'attuale dotazione patrimoniale delle Aziende si presenta, per la maggior parte, in un lacunoso stato di manutenzione. Per alcune strutture esistenti l'analisi costi-benefici rende indispensabile la dismissione delle strutture esistenti e la realizzazione di nuove strutture; per altre, si evidenzia la necessità di interventi di edilizia sanitaria per la messa a norma.

Ne discende la necessità di definire un Piano di interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento delle dotazioni tecnologiche, che, in accordo al Piano commissariale di riorganizzazione delle reti assistenziali, possa garantire l'efficacia dei percorsi diagnostico/terapeutici, migliorare i risultati di cura in termini di volume/esiti, ridurre la mobilità passiva.

Con il presente Documento vengono individuati e definiti gli interventi strutturali e tecnologici che contribuiscono a realizzare una rete ospedaliera e territoriale efficiente, con ospedali che rispettino la classificazione prevista e dotati di tecnologie avanzate ed adeguate. Pertanto, il presente documento si propone di:

- 1) fornire una fotografia dell'analisi del contesto socio-sanitario-economico della Regione Calabria e degli investimenti in sanità effettuati negli ultimi anni;
- 2) individuare la strategia e le azioni necessarie per il raggiungimento di obiettivi specifici che concorrono agli obiettivi generali della programmazione degli investimenti nel settore sanità nella Calabria;
- 3) individuare gli indicatori che consentano un'autovalutazione e il monitoraggio nella fase di attuazione del programma di investimenti;
- 4) fornire una descrizione dei percorsi e processi di attuazione del presente Programma concepito in più stralci funzionali.

Il presente Documento Programmatico contiene il dettaglio degli obiettivi che la Regione Calabria intende perseguire attraverso l'utilizzo delle risorse finanziarie derivanti dalle assegnazioni CIPE, di seguito dettagliate, pari a € 308.402.732,56.

Tale Programma, soggetto all'approvazione della Giunta della Regione Calabria e del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro, si pone in continuità con i Programmi precedenti già attuati o in fase di attuazione e, in coerenza con gli indirizzi della nuova programmazione sanitaria regionale, si prefigge i seguenti obiettivi:

1. la realizzazione di nuove strutture ospedaliere, per far fronte alle attuali criticità di presidi esistenti, per i quali non sono tecnicamente ed economicamente sostenibili interventi di adeguamento alle norme vigenti;
2. la messa in sicurezza di strutture sanitarie esistenti, prevedendo l'adeguamento impiantistico e strutturale ai requisiti richiesti dalle normative vigenti;
3. l'adeguamento funzionale degli spazi interni;
4. l'innovazione e l'ammodernamento del patrimonio tecnologico;



5. il potenziamento dei servizi territoriali.

In tale ottica, e in relazione alla disponibilità economica, la Regione Calabria, nell'ambito del complessivo quadro programmatico, ha previsto, complessivamente, n. 8 interventi, da realizzare in momenti e con modalità differenti.

In particolare viene individuato un primo stralcio attuativo costituito da n. 5 interventi, che la Regione intende realizzare nelle città di Crotona, Lamezia Terme, Cosenza e Reggio Calabria, nell'ambito del presente Accordo di Programma:

- 1) Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona (COD. ST1-AD1)
- 2) Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme (COD. ST1-AD2)
- 3) Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza (COD. ST1-NO3)
- 4) Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza (COD. ST1-CS4)
- 5) Potenziamento tecnologico del GOM di Reggio Calabria - Acquisto e installazione di un angiografo biplanare (COD. ST1-PT5)

E' altresì stabilito un secondo stralcio programmatico, comprendente n. 3 interventi nella città di Catanzaro, la cui concreta attuazione è subordinata alla conclusione del processo di accorpamento tra l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", che richiederà la sottoscrizione di un successivo Accordo di Programma:

- A) Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro (COD. ST2-NO6)
- B) Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro (COD. ST2-CS7)
- C) Adeguamento funzionale ed impiantistico del presidio Mater Domini (COD. ST2-AD8)

Il quadro programmatico complessivo viene completato da un ulteriore intervento riguardante l'ampliamento del Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria, strategico per le finalità della Regione, che non prevede l'utilizzo di risorse ex art. 20, L. 67/88, la cui iniziativa, meglio descritta in seguito, è stata ritenuta valutabile nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'INAIL:

- a) Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria (COD. ST3-NO9)

### **B.0.2 Quadro finanziario**

Le risorse complessive necessarie per dare completa attuazione alla programmazione regionale ammontano a € 701.570.804,41, e comprendono risorse statali, regionali e di privati per come di seguito specificato:

- **€ 308.402.732,56** a carico dello Stato a valere sui fondi art. 20, L. 67/88 derivanti dalle seguenti delibere CIPE:
  - n. 52/1998 (€ 98.214.413,03, quale somma residua al netto dei programmi già attivati);
  - n. 65/2002 (€ 12.297.297,00);
  - n. 97/2008 (€ 107.967.363,62);
  - n. 98/2008 (€ 89.923.658,91);
- **17.571.984,68** a carico dello Stato a valere sui fondi art. 71, L. 448/98;
- **74.696.087,17** a carico della Regione Calabria;
- **€ 300.900.000,00** a carico di privati (PPP).

**Con riferimento ai soli interventi ricompresi nello stralcio attuativo, oggetto quindi del presente Accordo, il quadro finanziario è il seguente:**

RISORSE STATALI		RISORSE REGIONALI	RISORSE DA PRIVATI	TOTALE
Art. 20, L. 67/88	Art. 71, L. 448/98			
€ 239.847.264,19	€ 0,00	12.623.540,22	€ 241.100.000,00	<b>€ 466.570.804,41</b>



Occorre precisare che con DPCM del 24/12/2018, ai sensi dell'art. 1, commi 602 e 603, della L. 232/2016, a seguito della richiesta effettuata dalla Regione Calabria, l'intervento riguardante il Nuovo Ospedale di Cosenza, oggetto del presente Accordo, è stato inserito nell'elenco delle iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, valutabili nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'INAIL per un importo pari a € 150.000.000,00. Laddove l'INAIL, a seguito dell'istruttoria preliminare della richiesta, che verrà avviata nei prossimi mesi, confermi la sussistenza dei presupposti per l'ammissione ad istruttoria della richiesta di finanziamento, il relativo stanziamento andrà a ridurre, per pari importo, le risorse da reperire mediante il ricorso a privati (Finanza di Progetto e Partenariato Pubblico – Privato).

Le risorse complessive necessarie per dare attuazione allo *stralcio programmatico*, che come detto sarà oggetto di successivo AdP, ammontano invece a € 235.000.000,00 di cui € 68.555.468,37 a carico dello Stato a valere sui fondi art. 20 della L. 67/88, € 17.571.984,68 a valere sui fondi art. 71 della L. 488/98, € 62.072.546,95 a carico della Regione Calabria ed € 86.800.000,00 a carico di privati (PPP).

### **B.0.3 Raccordo con il passato**

L'art. 20, comma 1, della legge n. 67/88 ha previsto l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia, di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti. Tale programma, proseguito a partire dal 1998 con la seconda fase di investimenti, è stato negli anni integrato con altri programmi specifici su aspetti ritenuti particolarmente importanti per il raggiungimento degli stessi obiettivi posti dall'art. 20 della legge n. 67/88, che costituisce la norma fondamentale in materia.

In ambito Regionale sono stati attivati i seguenti programmi di investimento:

1. Programma art. 20 legge 67/88 - prima fase (Delibera CIPE 03 agosto 1990);
2. Programma art. 20 legge 67/88 - seconda fase (Delibera CIPE n. 52/98), a valere sul quale sono stati stipulati gli Accordi di Programma del 2004, del 2007 e attivato il Programma di Potenziamento Funzionale e Innovazione Tecnologica (OPCM 3635/2007);
3. Interventi in materia di sicurezza (L. 450/97 - Delibera CIPE n. 53/98);
4. Interventi nel settore materno infantile (L. n. 34/96, art. 3 comma 4 - Delibera CIPE 06 maggio 1998);
5. Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. n. 135/90);
6. Potenziamento delle strutture di radioterapia (L. n. 488/99, art. 28 comma 12);
7. Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative – Hospice (L. n. 39/99);
8. Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (L. n. 448/98, art. 71);
9. Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (L. 9/2012, art. 3-ter e s.m.i.);
10. Programma di adeguamento alla normativa antincendio (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013).

Lo stato di attuazione dei suddetti Programmi di investimento al 31/12/2018, è di seguito riportato.

#### **B.0.3.1 Programma ex art. 20, L. 67/88 - PRIMA FASE**

La Regione Calabria, a valere sulle risorse assegnate dalla deliberazione CIPE del 3 agosto 1990 pari a € 198.491.945,85, al netto della quota del 5% a carico della Regione pari a € 10.401.958,40, ha programmato una serie di interventi su tutto il territorio regionale.



Con deliberazione del Consiglio Regionale n. 57 del 27/02/1991, infatti, ha dato inizio alla prima fase del programma prevedendo complessivamente n. 142 interventi ripartiti tra ospedali, residenze sanitarie, servizi generali, servizi territoriali, comunità terapeutiche, case famiglia, alloggi protetti e acquisto di tecnologie.

A seguito dell'ammissione a finanziamento dei vari interventi, la Regione ha chiesto ed ottenuto dei mutui con la Cassa Depositi e Prestiti per l'intero importo pari ad € 198.491.945,85 accendendo specifiche linee di mutuo. La quota regionale, invece, è stata completamente erogata alle Aziende con DGR n. 4609 del 22/09/1998.

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa della situazione finanziaria complessiva:

Art. 20 - Prima fase Risorse Cassa Depositi e Prestiti			
Posizione CDP	Stanziamiento iniziale [€]	Importo erogato [€]	Stanziamiento attuale [€]
4282424	4.961.601,43	4.922.724,49	38.876,94
4288736	2.311.144,62	2.061.890,10	249.254,52
4296193	4.110.996,92	3.593.284,03	517.712,89
4296667	5.249.784,38	4.932.538,05	317.246,33
4296668	4.464.769,89	4.434.430,79	30.339,10
4296669	220.527,10	220.403,01	124,09
4298855	34.167.239,07	34.131.850,33	35.388,74
4305869	2.524.441,32	1.999.944,66	524.496,66
4307520/00	133.482.933,68	118.148.526,72	17.851.436,89
4307520/01	6.557.453,25	6.557.453,25	0,00
4307365	441.054,19	441.054,19	0,00
<b>TOTALE</b>	<b>198.491.945,85</b>	<b>181.444.099,62</b>	<b>19.564.876,16</b>

La Regione, considerato il lungo periodo trascorso dall'avvio del Programma, in parte non ancora completato, e viste le nuove esigenze dettate dall'attuale quadro programmatico, ha avviato con Cassa Depositi e Prestiti, con il Ministero della Salute e con il MEF le procedure finalizzate alla riprogrammazione delle somme derivanti da economie di interventi già conclusi, sospesi o che non si intendono più realizzare.

### **B.0.3.2 Programma ex art. 20, L. 67/88 - SECONDA FASE**

#### **B.0.3.2a Accordo di Programma Stralcio del 16/12/2004**

A valere sulle risorse stanziolate dalla delibera CIPE n. 52/98, l'Accordo di Programma Stralcio sottoscritto il 16/12/2004 ha previsto n. 8 interventi per un importo complessivo di € 64.301.646,72, di cui € 61.086.564,38 quale 95% a carico dello Stato ed € 3.215.082,34 quale 5% a carico della Regione.

Successivamente l'intervento denominato "Presidio Ospedaliero di Rossano - Dipartimento di Emergenza ed Urgenza" è stato revocato e il corrispondente importo a carico dello Stato pari a € 6.775.656,29, con decreto ministeriale del 23/02/2012, è stato ammesso a finanziamento quale somma aggiuntiva per la realizzazione del "Nuovo Ospedale della Sibaritide", ricompreso nell'Accordo di Programma Integrativo del 13/12/2007.

Lo stato di attuazione al 31/12/2018 dei rimanenti interventi è il seguente:



Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [euro]	Importo erogato [euro]	Importo da erogare [euro]	Stato dei lavori
ASP Cosenza	Completamento e potenziamento tecnologico del DEA nel presidio ospedaliero di Castrovillari	4.417.772,31	4.006.098,00	411.674,31	In esercizio
ASP Catanzaro	Realizzazione dell'impianto di climatizzazione dell'edificio degenze del nuovo ospedale civile di Lamezia Terme	1.965.000,00	1.174.456,75	790.543,25	In esercizio
ASP Catanzaro	Acquisto di un apparecchio di risonanza magnetica nucleare per il nuovo ospedale civile di Lamezia Terme	1.549.371,00	1.549.371,00	0,00	In esercizio
ASP Catanzaro	Rifunzionalizzazione del nuovo presidio ospedaliero di Lamezia Terme: realizzazione di nuovi ambulatori e collegamento piastra degenza	3.571.392,29	2.768.500,53	802.891,76	In esercizio
ASP Reggio Calabria	Ristrutturazione e messa a norma del presidio ospedaliero di Locri	14.460.793,17	0,00	14.460.793,17	In corso
AO "Annunziata" Cosenza	Ospedale "Annunziata " di Cosenza dipartimento di emergenza e accettazione - completamento	10.329.173,98	10.170.707,53	158.466,45	In esercizio
AO "Bianchi-Melacrino-Morelli" Reggio Calabria	Completamento gruppo operatorio, acquisto arredi ed attrezzature e rifacimento delle centrali elettriche, messa a norma e riqualificazione degli OO.RR. di Reggio Calabria	20.875.874,19	19.986.142,96	889.731,23	In esercizio
<b>TOTALE</b>		<b>57.169.376,94</b>	<b>39.655.276,77</b>	<b>17.514.100,17</b>	

Per quanto riguarda l'intervento denominato *"Ristrutturazione e messa a norma del presidio ospedaliero di Locri"*, l'ASP di Reggio Calabria, a seguito di gravi inadempienze della società appaltatrice, ha proceduto alla risoluzione del contratto chiedendo il risarcimento danni. L'ASP ha poi predisposto nuovi elaborati progettuali aggiornati alle sopraggiunte esigenze sanitarie ed in coerenza con quanto stabilito dalla programmazione Regionale. Con decreto del Ministero della Salute del 15/02/2016 è stato ammesso a finanziamento l'intervento riguardante la nuova proposta progettuale.

La realizzazione degli interventi inseriti nell'Accordo ha determinato sia l'ammodernamento che il potenziamento delle dotazioni tecnologiche dei presidi ospedalieri interessati, ma anche l'adeguamento delle strutture e degli impianti.

### **B.0.3.2b Accordo di Programma Integrativo del 13/12/2007**

#### **Premesse**

La realizzazione dei 4 Nuovi Ospedali in Calabria di Vibo Valentia, della Sibaritide, della Piana di Gioia Tauro e di Catanzaro è stata prevista dall'Accordo di Programma sottoscritto dal Ministero della Salute e dalla Regione Calabria, in data 13 dicembre 2007 ed è stata inserita tra gli obiettivi della gestione commissariale istituita con l'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3635 del 21 dicembre 2007, con la quale sono state dettate *"Disposizioni urgenti di protezione civile dirette a fronteggiare l'emergenza socio-economico-sanitaria nel territorio della Regione Calabria"*, per la quale è stato nominato un Commissario Delegato, che ha operato fino al 31 dicembre 2011, termine di vigenza della dichiarazione dello stato di emergenza.



L'Accordo sul Piano di Rientro del debito del settore sanitario della Regione Calabria, sottoscritto il 17 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della L. 311/2004, ha confermato e recepito il programma commissariale, ed in particolare, la realizzazione dei quattro Ospedali.

Il trasferimento delle competenze dal Commissario Delegato alla Regione Calabria è stato disposto dopo quasi un anno dalla scadenza dello stato di emergenza, con Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 27 del 5 dicembre 2012, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 290 del 13 dicembre 2012, emanata per favorire e regolare il subentro della Regione Calabria nelle iniziative finalizzate al definitivo superamento della situazione di criticità socio - economico - sanitaria in atto nel territorio della regione medesima.

Con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 2 del 7 gennaio 2013, sono state assunte le iniziative finalizzate al definitivo subentro della Regione Calabria, in regime ordinario, nel coordinamento degli interventi in corso, nonché è stata effettuata la ricognizione e l'accertamento delle procedure e dei rapporti giuridici pendenti ai fini del definitivo trasferimento dei medesimi alla Regione Calabria, unitamente alla relativa documentazione amministrativa e contabile; con il suddetto DPGR n. 2/2013 è stata stabilita la competenza della Regione Calabria - Dipartimento Regionale Infrastrutture e Lavori Pubblici - nello svolgimento delle attività inerenti al programma di costruzione dei quattro nuovi Ospedali di Vibo Valentia, della Sibaritide, della Piana di Gioia Tauro e di Catanzaro, ed il relativo subentro al Commissario Delegato di cui all'OPCM n.3635/2007 e successive modifiche ed integrazioni nei rapporti giuridici dallo stesso instaurati e nelle funzioni attribuite.

#### **Attuazione delle procedure durante la gestione commissariale**

La situazione di criticità della sanità in Calabria ha determinato la dichiarazione dello stato di emergenza, dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, con DPCM, dal dicembre del 2007 fino al dicembre del 2011. Per fronteggiare la situazione emergenziale, è stata emanata l'Ordinanza di protezione civile n. 3635 del 21 dicembre 2007, che ha nominato un Commissario Delegato, conferendogli particolari poteri derogatori per accelerare le procedure di realizzazione degli interventi necessari, tra cui la realizzazione dei 4 nuovi ospedali.

Il Commissario Delegato ha nominato, d'intesa con il Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri e sentito il Ministro della Salute, 4 Soggetti Attuatori individuati anche nell'ambito della carriera prefettizia, per essere coadiuvato nelle procedure di progettazione, affidamento e realizzazione dei 4 Nuovi Ospedali.

Per la valutazione dei progetti e per garantire il necessario supporto tecnico alle attività occorrenti per il superamento dell'emergenza, il Commissario delegato si è avvalso di un Comitato tecnico-scientifico. I progetti relativi alla realizzazione degli ospedali, dovevano essere stati sottoposti al parere del Ministero della Salute, per la verifica del rispetto dei costi standard.

Riguardo all'Ospedale di Catanzaro, la progettazione non è stata mai avviata, in quanto l'Accordo di Programma del 2007 prevedeva, quale presupposto, l'accorpamento dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio con l'Azienda Universitaria Mater-Domini, mai realizzatasi.

Riguardo ai tre Ospedali di Vibo Valentia, della Sibaritide e della Piana di Gioia Tauro, i rispettivi soggetti attuatori hanno incaricato le Aziende Sanitarie Provinciali di Vibo Valentia, di Cosenza e di Reggio Calabria, di redigere i progetti preliminari delle nuove strutture ospedaliere, per metterle a base di gara di un appalto di soli lavori.

I suddetti progetti sono stati sottoposti al parere del Ministero della Salute, per la verifica del rispetto dei costi standard; al riguardo, il Ministero ha rilevato che i progetti non rispettavano gli



standard di costo desumibili dall'analisi di strutture similari, e non erano conformi alle "norme tecniche di costruzione" introdotte dal D.M. del 14 gennaio 2008, né alle normative vigenti, all'epoca, sui gas medicali, sui materiali pregiati, sul risparmio energetico e sulla tutela idrogeologica.

Ciò nonostante, con Ordinanza del marzo 2010, il Commissario Delegato pro-tempore ha approvato i progetti preliminari dei Nuovi Ospedali di Vibo Valentia, della Sibaritide e della Piana di Gioia Tauro, di soli lavori, stabilendo:

- ✓ di approvare i progetti preliminari dei 3 Ospedali, positivamente valutati dal Comitato Tecnico-Scientifico, nella seduta del 24 febbraio 2010;
- ✓ la localizzazione degli interventi (rispettivamente a Vibo Valentia, in località Cocari, a Corigliano Calabro in località Insiti e a Palmi, in prossimità dello svincolo dell'Autostrada A2 e dell'Istituto Agrario), dando atto che l'approvazione dei progetti preliminari produce gli effetti di variante semplificata agli strumenti urbanistici e di dichiarazione di pubblica utilità delle opere;
- ✓ di attribuire ai Soggetti Attuatori degli ospedali l'attuazione degli adempimenti previsti in materia di espropriazioni di pubblica utilità, ai fini della stipula dei conseguenti atti di cessione (avviando, di fatto le procedure espropriative);
- ✓ di incaricare il Commissario ed il Presidente del Comitato di Sorveglianza della Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria della redazione dei successivi atti di gara, finalizzati all'affidamento unitario degli interventi ad un concessionario (prefigurando la realizzazione delle opere mediante una concessione di costruzione e gestione).

Preso atto dell'impossibilità da parte della Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria, della redazione degli atti di gara, che avrebbe richiesto inevitabilmente una revisione dei progetti, per adeguarli alle prescrizioni del Ministero della Salute, il Commissario Delegato pro-tempore, nell'ambito della collaborazione istituzionale in materia di sanità tra le Regioni Lombardia e Calabria, con Ordinanza Commissariale del novembre 2010, ha approvato un Protocollo d'intesa tra la Regione Lombardia, la Regione Calabria e il Commissario Delegato per l'emergenza socio-economica-sanitaria della medesima Regione, mediante il quale la Regione Lombardia ha affidato ad una propria società regionale, in house, Infrastrutture Lombarde S.p.A., il compito di espletare le attività di assistenza tecnica e supporto alla stazione appaltante, relativamente agli interventi di realizzazione dei tre nuovi ospedali di Vibo Valentia, Sibaritide e Piana di Gioia Tauro. Nel mese di maggio del 2011 è stato sottoscritto un protocollo di intesa integrativo per lo svolgimento di attività di supporto allo studio di fattibilità e successiva progettazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro.

Con Ordinanza Commissariale del novembre 2010 il Commissario Delegato ha costituito una Struttura Regionale tecnica per il Coordinamento e l'Alta Sorveglianza sull'attuazione degli interventi relativi ai nuovi ospedali e con successiva Ordinanza Commissariale del febbraio 2011, ha disposto l'aggiornamento dei progetti preliminari relativi ai nuovi ospedali in Calabria della Piana di Gioia Tauro, della Sibaritide e di Vibo Valentia approvati con ordinanza n. 10/2010, da parte della suddetta Struttura Regionale, avvalendosi dell'assistenza della Regione Lombardia e di Infrastrutture Lombarde SpA, da porre a base di gara per l'affidamento di altrettante concessioni di progettazione definitiva ed esecutiva, realizzazione dei Nuovi Ospedali e gestione dei servizi non sanitari per la durata della concessione.

### **Stato di attuazione degli interventi**

#### ***NUOVO OSPEDALE DI VIBO VALENTIA***

Il **progetto preliminare del Nuovo Ospedale di Vibo Valentia** (Codice CUP del Progetto: J49H11000090001) è stato approvato dal Commissario Delegato con Ordinanza n. 31 del 4 maggio 2011.



Si prevede che la nuova struttura sanitaria abbia una dotazione di **287 posti letto (DO, DH e DS)**, oltre a **52 pl tecnici**, per un totale di **339 pl**.

Il quadro economico del progetto, posto a base di gara per l'affidamento della concessione di progettazione definitiva ed esecutiva, costruzione e gestione dei servizi non sanitari del Nuovo Ospedale (ex artt. 144 e ss. del D.Lgs. 163/06), comporta un complessivo impegno di spesa pari ad € 143.965.197,29.

Il contratto di concessione è stato sottoscritto in data 12 settembre 2014 tra la Regione Calabria, l'A.S.P. di Vibo Valentia e la Società "Vibo Hospital Service S.p.A."

Previa sottoscrizione, nel mese di marzo 2015, del "Protocollo di Intesa per la tutela della legalità, presso la Prefettura di Vibo Valentia, il Responsabile del Procedimento ha emesso l'Ordine di Servizio di avvio della progettazione a cura del Concessionario. Il Concessionario, nel mese di giugno 2015, ha trasmesso il progetto preliminare aggiornato del Nuovo Ospedale secondo le indicazioni fornite nel corso di riunioni tenutesi, nei mesi da marzo a maggio 2015, al fine di adeguare la progettazione alle nuove esigenze sanitarie e funzionali, in considerazione del piano di riordino delle reti ospedaliera, territoriale e di emergenza-urgenza del servizio sanitario regionale. Nel mese di giugno 2015, è stata indetta la Conferenza di Servizi preliminare, sul progetto preliminare aggiornato, ai sensi dell'art. 14-bis, comma 2, della L. 241/90 e ss.mm.ii.. La Conferenza si è conclusa nel mese di luglio 2015, con l'espressione di pareri favorevoli, con alcune indicazioni e/o prescrizioni, da parte delle Amministrazioni interessate.

Per ottemperare alle prescrizioni dell'Autorità di Bacino, che in Conferenza di Servizi ha richiesto l'effettuazione dello studio idrogeologico del Torrente Calzone e l'individuazione degli eventuali interventi necessari alla sistemazione idrogeologica dell'area ospedaliera, si è reso necessario redigere uno specifico **progetto degli interventi di sistemazione idrogeologica**.

L'intervento ha un costo complessivo di € 4.500.000,00 ed è stato finanziato, per € 3.500.000,00 a valere sulle risorse del Commissario Straordinario per la Mitigazione del Rischio Idrogeologico in Calabria, con il Decreto Commissariale n. 441 del 17 maggio 2016 e per € 1.000.000,00 a valere su risorse del bilancio regionale.

Con Decreto del RUP n°2788 del 15 marzo 2017, sono stati aggiudicati al Concessionario, i servizi complementari tecnici di progettazione definitiva ed esecutiva, nonché i lavori complementari relativi all'intervento di sistemazione idrogeologica del fosso Calzone Rio Bravo – Calzone. Il contratto di affidamento al Concessionario dell'intervento è stato stipulato in data 5 aprile 2017 ed assunto al Rep. n. 361 del registro dei contratti della Regione Calabria.





Con Decreto del Dirigente Generale LL.PP. n. 1790 del 13.03.2018 è stato approvato il progetto definitivo dell'intervento, per l'importo totale di € 4.500.000,00, di cui € 3.500.000,00, a valere sulle risorse rese disponibili dal Commissario Straordinario per la mitigazione del rischio idrogeologico ed € 1.000.000,00, a valere sulle risorse disponibili nel bilancio regionale.

Con Decreto del Dirigente Generale LL.PP. n. n. 3870 del 24.04.2018 è stato approvato il progetto esecutivo dell'intervento, che ha confermato l'importo del progetto definitivo.

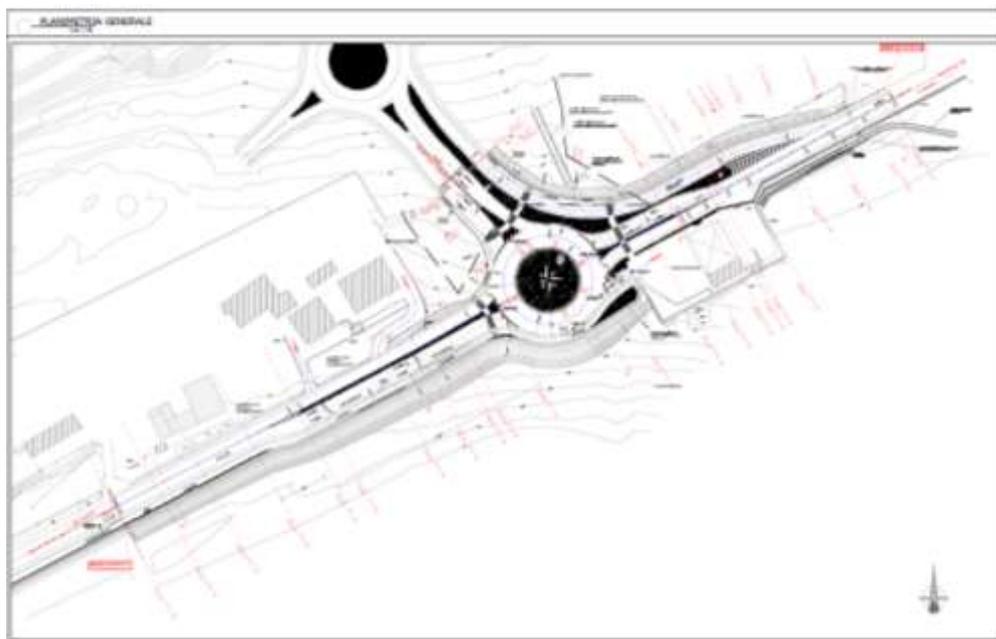
In data 9 novembre 2018 è stata disposta la consegna dei lavori, che sono in corso di esecuzione.

L'ultimazione dei lavori e del collaudo finale sono previsti entro il mese di ottobre 2019.

Il **progetto delle opere stradali** si è reso indispensabile ad assicurare l'accesso in sicurezza all'area ospedaliera e deve integrarsi efficacemente con la progettazione della struttura e del sistema viario dell'area di pertinenza soprattutto per le criticità connesse alle rampe di avvicinamento alla struttura ospedaliera ed ai parcheggi, nonché alla raccolta e smaltimento delle acque a monte.

Previo concordamento con il Comune di Vibo Valentia, competente sul tratto di viabilità interessato dalle opere, la Regione Calabria, con Decreto del RUP n. 11495 del 30/9/2016, è stato finanziato l'intervento in oggetto, per l'importo complessivo di € 2.300.000,00, a valere su risorse del bilancio regionale.

Con Decreto del RUP n.12444 del 18/10/2016, sono stati aggiudicati al Concessionario, i servizi complementari tecnici di progettazione definitiva ed esecutiva, nonché i lavori complementari relativi all'intervento di sistemazione stradale della viabilità d'accesso al Nuovo



Ospedale. Il contratto di affidamento al Concessionario dell'intervento è stato stipulato in data 15 dicembre 2016 ed assunto al Rep. n. 1582 del registro dei contratti della Regione Calabria.

Con Decreto del Dirigente Generale LL.PP. n. 1842 del 14.03.2018 è stato approvato il progetto definitivo dell'intervento.

Con Decreto del Dirigente Generale LL.PP. n. 10336 del 24.09.2018 è stato approvato il progetto esecutivo dell'intervento, che ha confermato l'importo del progetto definitivo.

In data 9 novembre 2018 è stata disposta la consegna dei lavori, che sono in corso di esecuzione.

L'ultimazione dei lavori e del collaudo finale sono previsti entro il mese di ottobre 2019.

Ai fini dello sviluppo del progetto del Nuovo Ospedale, il Concessionario ha avviato la procedura di caratterizzazione ambientale dell'area del Nuovo Ospedale, ai sensi dell'art. 242 del D. Lgs. n. 152/2006, tenuto conto che nel corso delle indagini ambientali propedeutiche alla redazione del progetto preliminare posto a base di gara erano stati registrati alcuni superamenti delle CSC (valori



di Concentrazione Soglia di Contaminazione contenuti nella Tabella 1, Colonna A dell'Allegato 5 al Titolo V del D. Lgs. 152/2006) di alcuni metalli rinvenuti nella matrice ambientale suolo, attraverso le analisi effettuate da A.R.P.A.Cal, Dipartimento Provinciale di Cosenza. Previo espletamento di apposita Conferenza dei Servizi istruttoria, il Comune di Vibo Valentia, con provvedimento definitivo del 29 luglio 2016 e successiva integrazione del 5 ottobre 2016, ha dichiarato conclusa la Conferenza di Servizi ed ha dato atto del non doversi procedere ad analisi di rischio e ad eventuali interventi di bonifica.

Ai fini dello sviluppo del progetto del Nuovo Ospedale, il Concessionario ha avviato la procedura di assoggettabilità a VIA dei parcheggi del Nuovo Ospedale, ai sensi degli artt. 6 e 26 del D. Lgs. N. 152/2006 e dell'art. 6 del R.R. n. 3/2008 e ss.mm.ii..Con Decreto del Dipartimento Ambiente del 27 febbraio 2017, è stato ritenuto dalla "Struttura Tecnica di Valutazione VAS - VIA - AIA - VI" di poter escludere il progetto dei parcheggi del Nuovo Ospedale alla ulteriore procedura di VIA, con prescrizioni sullo sviluppo del successivo livello progettuale.

Con Decreto del RUP n. 4675 dell'8 maggio 2017, tra l'altro, sono stati approvati gli elaborati finali del progetto preliminare aggiornato del Nuovo Ospedale di Vibo Valentia ed è stato stabilito che il Concessionario proceda alla progettazione integrata delle opere principali connesse alla realizzazione del Nuovo Ospedale di Vibo Valentia e ricomprese nel Contratto di Concessione, con le opere complementari idrauliche di sistemazione del fosso Rio Bravo - Calzone e di sistemazione della viabilità di accesso al Nuovo Ospedale, ricomprese nei relativi contratti complementari.

Il progetto definitivo dell'intervento è stato consegnato dal Concessionario ed è in fase di verifica, ai fini dell'approvazione. La conferenza di Servizi decisoria sul progetto definitivo si è conclusa con Determinazione positiva del RUP nel mese di giugno 2018.



Si prevede di pervenire all'approvazione del progetto definitivo entro la fine del mese di maggio 2019 e del progetto esecutivo entro la fine del mese di novembre 2019. L'ultimazione dei lavori e l'installazione delle apparecchiature e degli arredi è prevista entro il mese di febbraio 2022; l'entrata in esercizio della struttura è prevista per il mese di giugno 2022.

### **NUOVO OSPEDALE DELLA SIBARITIDE**

Il **progetto preliminare del Nuovo Ospedale della Sibaritide** (Codice CUP del Progetto: J79H07000250001) è stato approvato dal Commissario Delegato con Ordinanza n. 32 del 4 maggio 2011. Si prevede che la nuova struttura sanitaria abbia una dotazione di **330 posti letto (DO, DH e DS)**, oltre a **46pl tecnici**, per un totale di **376 pl**.



Il quadro economico del progetto posto a base di gara per l'affidamento della concessione di progettazione definitiva ed esecutiva, costruzione e gestione dei servizi non sanitari del Nuovo Ospedale (ex artt. 144 e ss. del D.Lgs. 163/06), comporta un complessivo impegno di spesa pari ad € 143.921.997,42.

Il contratto di concessione è stato sottoscritto in data 9 settembre 2014 tra la Regione Calabria, l'A.S.P. di Cosenza e la Società "Ospedale della Sibaritide Società Consortile per Azioni".

La Prefettura di Catania, nel mese di novembre 2015, ha trasmesso alla Regione Calabria un provvedimento interdittivo antimafia, relativo, tra l'altro, alla società Tecnis S.p.A., socio della Società concessionaria, e, nel mese di dicembre 2015, ha trasmesso il provvedimento che ha disposto il commissariamento della società Tecnis S.p.A., nominando contestualmente l'amministratore per la straordinaria e temporanea gestione ai sensi dell'art. 32 del D.L. 90/2014.

Previa revoca della suddetta interdittiva e successiva sottoscrizione, nel mese di aprile 2016, del "Protocollo di Intesa per la tutela della legalità", presso la Prefettura di Cosenza, il Responsabile del Procedimento ha emesso l'Ordine di Servizio di avvio della progettazione definitiva a cura del Concessionario.

Previa conclusione della Conferenza di Servizi decisoria, nel mese di luglio 2017 è stata disposta l'approvazione del progetto definitivo da parte del RUP.

Nei mesi tra giugno e settembre 2017, si è conclamata una situazione di grave difficoltà finanziaria della Tecnis. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico del mese di giugno 2017 la Società Tecnis è stata ammessa alla procedura di amministrazione straordinaria ai sensi del D.L. n. 347/2003, convertito con modificazioni dalla L. n. 39/2004 ed il prof. avv. Saverio Ruperto è stato nominato Commissario Straordinario. Con sentenza del mese di giugno 2017, il Tribunale di Catania ha dichiarato, ai sensi dell'art. 4 D.L. 347/2003 e dell'art. 8 D.Lgs. 270/1999, lo stato di insolvenza di Tecnis. Con decreto del mese di agosto 2017 il Ministero dello Sviluppo Economico ha disposto l'attrazione di diverse società partecipate alla amministrazione straordinaria di Tecnis ed il Commissario Straordinario ha pubblicato una manifestazione di interesse per raccogliere proposte ai fini della definizione di un programma di recupero dell'equilibrio economico dell'attività imprenditoriale delle Società in AS che il Commissario Straordinario deve predisporre ed attuare, ai sensi dell'articolo 54 del D.Lgs 270/99.

Con Decreto del RUP n. 12993 del 23 novembre 2017, è stato approvato il progetto esecutivo stralcio dei lavori prioritari che prevede l'esecuzione delle seguenti lavorazioni: cantierizzazione, recinzione area ospedaliera, pulizia dell'area, movimentazione delle terre, bonifica dagli ordigni bellici, operazioni propedeutiche all'avvio dei lavori strutturali. I relativi lavori, consegnati





nel mese di gennaio 2018, sono stati ultimati nel mese di dicembre 2018. Nel mese di febbraio 2019 sono iniziate le lavorazioni relative al getto dei magroni di fondazione.

Il progetto esecutivo dell'intervento è stato consegnato dal Concessionario ed è in fase di verifica, ai fini dell'approvazione. Si prevede di pervenire all'approvazione del progetto esecutivo entro la metà del mese di aprile 2019.

Entro la fine del mese di aprile 2019 è previsto l'avvio delle realizzazioni delle fondazioni, essendo state completate, nel frattempo le lavorazioni propedeutiche di scavo e getto dei magroni.

L'ultimazione dei lavori e l'installazione delle apparecchiature e degli arredi è prevista entro il mese di ottobre 2021; l'entrata in esercizio della struttura è prevista per il mese di gennaio 2022.

### **NUOVO OSPEDALE DELLA PIANA DI GIOIA TAURO**

Il progetto preliminare del Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro (Codice CUP del Progetto: J69H07000230001) è stato approvato dal Commissario Delegato con Ordinanza n. 39 del 5 luglio 2011. Si prevede che la nuova struttura sanitaria abbia una dotazione di **314 posti letto (DO, DH e DS)**, oltre a **38 pl tecnici**, per un totale di **352 pl**.

Il quadro economico del progetto posto a base di gara per l'affidamento della concessione di progettazione definitiva ed esecutiva, costruzione e gestione dei servizi non sanitari del Nuovo Ospedale (ex artt. 144 e ss. del D.Lgs. 163/06), comporta un complessivo impegno di spesa pari ad € 150.133.542,61.

Il contratto di concessione è stato sottoscritto in data 20 aprile 2015 tra la Regione Calabria, l'A.S.P. di Reggio Calabria e la Società "Ospedale della Piana di Gioia Tauro Società Consortile a Responsabilità Limitata".

La Prefettura di Catania, nel mese di novembre 2015, ha trasmesso alla Regione Calabria un provvedimento interdittivo antimafia, relativo, tra l'altro, alla società Tecnis S.p.A., socio della Società concessionaria, e, nel mese di dicembre 2015, ha trasmesso il provvedimento che ha disposto il commissariamento della società Tecnis S.p.A., nominando contestualmente l'amministratore per la straordinaria e temporanea gestione ai sensi dell'art. 32 del D.L. 90/2014.

Previa revoca della suddetta interdittiva e successiva sottoscrizione, nel mese di ottobre 2016, del "Protocollo di Intesa per la tutela della legalità", presso la Prefettura di Reggio Calabria, il Responsabile del Procedimento ha emesso l'Ordine di Servizio di avvio della progettazione definitiva.

Su richiesta del Concessionario, tenuto conto della necessità di ridefinire lo schema funzionale architettonico preliminare del Nuovo Ospedale sono state concesse due proroghe dei tempi di consegna del progetto definitivo.

Nel mese di aprile 2017, sono emerse rilevanti problematiche di carattere geologico e geotecnico dell'area di sedime del Nuovo Ospedale, risultanti dall'analisi dei risultati di una prima fase di indagini effettuate; in particolare è stata rilevata una anomala inclinazione degli strati di roccia costituenti la collina in prossimità della quale verrà realizzata l'opera, nonché la presenza di due gradini geomorfologici, di potenziale origine sismotettonica, in prossimità di uno dei due bracci delle degenze, che consigliano fortemente di ruotare la struttura, per allontanarsi verso zone a maggiore stabilità.

Le situazioni geologiche e vincolistiche riscontrate hanno imposto una completa rivisitazione della posizione dell'edificio ma anche ulteriori e più mirate indagini, nonché la sospensione dei termini di consegna del progetto definitivo, per l'esecuzione di attività di indagine e di elaborazione dei relativi esiti, propedeutica alla definizione del termine di riavvio delle attività progettuali e di consegna del progetto definitivo.



Tra i mesi di maggio 2017 e marzo 2018, sono state eseguite altre due fasi di indagini geognostiche di dettaglio, che hanno portato a concludere che nessuna delle due faglie ipotizzate nelle precedenti fasi di indagine, né alcuna altra diversamente orientata, è visibile all'interno delle trincee paleosismologiche aperte nell'area e che pertanto l'area investigata non è direttamente interessata dall'emergenza in superficie delle faglie.

Nei mesi tra giugno e settembre 2017, si è conclamata una situazione di grave difficoltà finanziaria della Tecnis, di cui si è già detto nella sezione relativa all'Ospedale della Sibaritide.

Nel mese di marzo 2018, il Responsabile del Procedimento ha emesso l'Ordine di Servizio che ha stabilito il riavvio della progettazione definitiva. Il progetto definitivo è stato consegnato nel mese di ottobre 2018 e nel mese di novembre 2018 è stata indetta la Conferenza di Servizi decisoria.

Nel corso dei lavori della Conferenza è pervenuto il parere della Soprintendenza

Archeologica di Reggio Calabria che ha evidenziato che, nel corso delle indagini di approfondimento sismotettonico dell'area,



sono stati rinvenuti elementi di due condutture in tubuli di terracotta. Pertanto, la Soprintendenza ha prescritto la redazione di un progetto di indagine archeologica, a cura della Regione Calabria e con la direzione scientifica della Soprintendenza, che preveda le seguenti attività: prosecuzione dello scavo stratigrafico lungo le direttrici ipotetiche degli acquedotti, recupero degli elementi degli acquedotti, prima catalogazione dei reperti rinvenuti e trasferimento dei materiali all'interno di strutture indicate dalla direzione scientifica.

Previa verifica del progetto e conclusione della Conferenza di Servizi decisoria, si prevede di pervenire all'approvazione del progetto definitivo entro la fine del mese di luglio 2019 e del progetto esecutivo entro la fine del mese di febbraio 2020. L'ultimazione dei lavori e l'installazione delle apparecchiature e degli arredi è prevista entro il mese di ottobre 2022; l'entrata in esercizio della struttura è prevista per il mese di gennaio 2023.

#### ***NUOVO OSPEDALE DI CATANZARO***

L'Accordo di Programma del 2007 prevedeva che la realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro fosse subordinata:



- ✓ all'accorpamento tra l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" e l'Azienda Universitaria "Mater Domini", al fine di conseguire un'organica offerta sanitaria ed economie di gestione;
- ✓ alla contiguità fisica tra il plesso universitario, realizzato in località Germaneto di Catanzaro (contrada Pugliese), e la realizzanda nuova struttura ospedaliera.

Il suddetto accorpamento tra le Aziende si è dimostrato essere difficilmente perseguibile e, di fatto ha impedito, finora, l'elaborazione del relativo progetto della nuova struttura ospedaliera.

I Ministeri dell'Economia e della Salute, con parere CALABRIA-DGPROG-373-P del 29 agosto 2012, hanno dichiarato che:

- ✓ *"considerato il tempo trascorso e l'assenza della speciale disciplina richiamata nell'Accordo di programma del 13 dicembre 2007, lo stesso è da considerarsi decaduto per quanto riguarda l'ospedale di Catanzaro";*
- ✓ *"si conferma l'esigenza, rispondente non solo a motivi di opportunità, di pervenire ad un nuovo Accordo di Programma o, quantomeno, alla predisposizione di un documento di programma nel quale sia chiarita la funzione di rete che si intende attivare con l'entrata in esercizio del nuovo ospedale di Catanzaro, rispetto al bacino di riferimento. Occorre dimostrare la convenienza e la sostenibilità economico gestionale e gli obiettivi di salute che si intende perseguire".*

Nella fase di gestione dell'intervento curata dal Commissario Delegato ai sensi dell'OPCM 3635/2007, è stato sviluppato uno Studio di Fattibilità, approvato dall'Ing. Fabrizio Colcerasa, Soggetto Attuatore per la realizzazione del Nuovo Ospedale. La localizzazione del presidio ospedaliero è prevista in località Germaneto, contrada Dorcina, a circa 1,5 km dall'Università.

Nei mesi di maggio e giugno 2011 sono state eseguite delle campagne strumentali di analisi sito-specifiche presso il sito: rilievi topografici; rilievi geofisici e geognostici; analisi ambientali di qualità dei terreni; rilievi di traffico; rilievi acustici. Le attività svolte di rilievo ed indagine hanno evidenziato come l'area non presenti vincoli ostativi alla realizzazione delle opere e sia caratterizzata, invece, da alcuni aspetti di particolare positività, per la realizzazione del progetto.

Nel mese di giugno 2015, sono stati avviati i lavori della Commissione paritetica, istituita dal Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro, allo scopo di favorire il processo di integrazione tra l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" e l'Azienda Ospedaliera - Universitaria "Mater Domini", attualmente in corso.

Recependo il sentimento diffuso dei cittadini di Catanzaro, raccolto e ampliato dal Comitato "Salviamo il Pugliese", in data 21 gennaio 2016, il Consiglio Comunale del Comune di Catanzaro ha approvato la Deliberazione proposta dal Sindaco Abramo di *".....richiedere la permanenza della struttura ospedaliera Pugliese nella localizzazione in cui si trova; che è stata verificata la possibilità, per analogia ad altri interventi fatti per strutture ospedaliere, di procedere alla demolizione della struttura esistente e la costruzione di un nuovo ospedale rispondente a tutti i necessari adeguamenti normativi e di compensare il maggior costo economico con la procedura di "Finanza di progetto" prevista dall'art. 153 del Codice dei contratti; sussiste un preminente interesse pubblico al mantenimento della localizzazione della struttura ospedaliera nell'attuale sede dell'ospedale Pugliese per frenare il degrado e l'abbandono della città; la tipologia ospedaliera in questione risponde ai criteri di utilizzazione sanitaria se localizzata all'interno di un ambito territoriale adeguato di natura provinciale e, di conseguenza, il comprensorio di Germaneto non è adeguato stante la valenza urbanistica direzionale-sanitario regionale così come proposto nella delibera di Consiglio comunale concernente gli indirizzi per la redazione del Piano Strutturale Comunale, tra l'altro in perfetta coerenza con il Piano Territoriale Comprensoriale Provinciale e il Quadro Territoriale Regionale Paesaggistico".*



L'intervento di realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro è stato inserito nel programma di interventi del "Patto per lo sviluppo della Calabria", sottoscritto dal Governo e dalla Regione Calabria ed approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 160 del 13 maggio 2016, successivamente riformulato con DGR. n. 3 del 12/01/2018.

Con Legge Regionale 13 marzo 2019, n. 6 "Integrazione delle Aziende ospedaliere della città capoluogo della Regione", al fine di migliorare l'offerta assistenziale, assicurare la razionalizzazione della spesa assistenziale e l'ottimizzazione delle risorse, l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro è stata integrata con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", che assume la denominazione di Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini-Pugliese Ciaccio". La suddetta Legge Regionale prevede che entro novanta giorni dall'entrata in vigore, siano definiti i rapporti tra la Regione Calabria e l'Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro in materia di attività integrate di didattica, ricerca e assistenza, mediante protocollo d'intesa definito ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517. Conseguentemente alla stipula del suddetto protocollo d'intesa, verranno definiti i fabbisogni sanitari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini-Pugliese Ciaccio",

L'intervento relativo alla realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro è stato inserito, pertanto, tra quelli oggetto dell'Accordo di Programma da sottoscrivere.

### **Aspetti finanziari**

Con riferimento agli aspetti finanziari dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari sottoscritto il 13 dicembre 2007 dal Ministero della Salute e dalla Regione Calabria, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, si rimanda alle seguenti tabelle:

- ✓ tabella A, per il piano finanziario;
- ✓ tabella B, per il quadro finanziario delle risorse statali e regionali stanziato a copertura degli interventi;
- ✓ tabella C, per il riparto di spesa tra risorse pubbliche e private a copertura dei quadri economici di progetto;
- ✓ tabella D, per il quadro delle risorse statali e regionali trasferite sulla contabilità speciale n. 5106, intestata al Commissario Delegato, per il quadro delle spese sostenute, in regime commissariale, oggetto di specifico rendiconto annuale alla Ragioneria Territoriale dello Stato, nonché per il dettaglio delle risorse residue presenti sulla contabilità speciale, trasferite sul bilancio regionale, ai sensi della DGR n. 237 del 27/06/2013;
- ✓ tabella E, per il dettaglio delle spese sostenute, in regime ordinario, dalla Regione Calabria, successivamente al subentro al Commissario Delegato ex OPCM 3635/07.



Tabella A

Intervento	Risorse Statali		Risorse Regionali		Totale
	Art. 20 L. 67/88	Art. 71 L. 448/1998	5% Art. 20 L. 67/88	Quota integrativa	
Nuovo Ospedale della Sibaritide	57.000.000,00	0,00	3.000.000,00	17.000.000,00	77.000.000,00
Nuovo Ospedale di Catanzaro	39.355.468,38	17.527.667,99	2.071.340,44	40.045.523,19	99.000.000,00
Nuovo Ospedale di Vibo Valentia	25.259.684,68	0,00	1.329.457,09	17.000.000,00	43.589.141,77
Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro	57.000.000,00	0,00	3.000.000,00	6.000.000,00	66.000.000,00
<b>Totale</b>	<b>178.615.153,06</b>	<b>17.527.667,99</b>	<b>9.400.797,53</b>	<b>80.045.523,19</b>	<b>285.589.141,77</b>

Tabella B

Intervento	Risorse Statali						Risorse Regionali					Totale risorse pubbliche
	Art. 20 L. 67/88 (ADP 2007)	Art. 71 L. 448/1998	Art. 20 I fase Delibera CIPE 27/11/1996 (95%)	Art. 20 II fase Delibera CIPE n. 53 del 06/05/1998 (95%)	L. 135/1990 Delibera CIPE 26/06/1997	Somma residua ADP 2004 per Ospedale Rossano (95%)	Art. 20 L. 67/88 (ADP 2007)	Art. 1, c. 2, L.R. n. 9/2011	Art. 20 I fase Delibera CIPE 27/11/1996 (5%)	Art. 20 II fase Delibera CIPE n. 53 del 06/05/1998 (5%)	Somma residua ADP 2004 per Ospedale Rossano (5%)	
Nuovo Ospedale della Sibaritide	57.000.000,00	-----	-----	-----	-----	6.375.381,91	20.000.000,00	19.000.000,00	-----	-----	335.546,42	102.710.928,33
Nuovo Ospedale di Catanzaro	39.355.468,38	17.527.667,99	-----	-----	-----	-----	42.116.863,63	20.000.000,00	-----	-----	-----	119.000.000,00
Nuovo Ospedale di Vibo Valentia	25.259.684,68	-----	6.557.453,25	20.238.654,73	5.204.564,69	-----	18.329.457,09	23.000.000,00	344.993,21	1.065.192,35	-----	100.000.000,00
Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro	57.000.000,00	16.952.735,67	-----	-----	-----	-----	9.000.000,00	18.000.000,00	-----	-----	-----	100.952.735,67
<b>Totale</b>	<b>178.615.153,06</b>	<b>34.480.403,66</b>	<b>6.557.453,25</b>	<b>20.238.654,73</b>	<b>5.204.564,69</b>	<b>6.375.381,91</b>	<b>89.446.320,72</b>	<b>80.000.000,00</b>	<b>344.993,21</b>	<b>1.065.192,35</b>	<b>335.546,42</b>	<b>422.663.664,00</b>



**Tabella C**

Intervento	RISORSE STATALI	RISORSE REGIONALI	TOTALE RISORSE PUBBLICHE	RISORSE PRIVATE	IMPORTO QUADRI ECONOMICI DI PROGETTO	% CONTRIBUZIONE PUBBLICA	% CONTRIBUZIONE PRIVATA
Nuovo Ospedale della Sibaritide	63.375.381,91	39.335.546,42	102.710.928,33	41.211.069,09	143.921.997,42	71,4%	28,6%
Nuovo Ospedale di Catanzaro (*)	56.883.136,37	62.116.863,63	119.000.000,00	(*)	(*)	(*)	(*)
Nuovo Ospedale di Vibo Valentia	57.260.357,35	42.739.642,65	100.000.000,00	43.965.197,29	143.965.197,29	69,5%	30,5%
Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro	73.952.735,67	27.000.000,00	100.952.735,67	49.180.806,94	150.133.542,61	67,2%	32,8%
<b>TOTALE</b>	<b>251.471.611,30</b>	<b>171.192.052,70</b>	<b>422.663.664,00</b>	<b>134.357.073,32</b>	<b>557.020.737,32</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

(\*) Il quadro economico verrà stabilito in esito alla progettazione dell'intervento

**Tabella D**

Intervento	Entrate Gestione commissariale OPCM 3635/2007								Spese Gestione commissariale OPCM 3635/2007		Risorse iscritte sul bilancio regionale a seguito della chiusura della gestione commissariale OPCM 3635/2007	
	Risorse Statali					Risorse Regionali			Risorse Statali	Risorse Regionali	Risorse Statali	Risorse Regionali
	Art. 20 L. 67/88 (ADP 2007)	Art. 71 L. 448/1998	Art. 20 I fase Delibera CIPE 27/11/1996 (95%)	Art. 20 II fase Delibera CIPE n. 53 del 06/05/1998 (95%)	L. 135/1990 Delibera CIPE 26/06/1997	Art. 20 L. 67/88 (ADP 2007)	Art. 20 I fase Delibera CIPE 27/11/1996 (5%)	Art. 20 II fase Delibera CIPE n. 53 del 06/05/1998 (5%)				
Nuovo Ospedale della Sibaritide	2.000.000,00	-----	-----	-----	-----	20.000.000,00	-----	-----	2.000.000,00	396.349,48	0,00	19.603.650,52
Nuovo Ospedale di Catanzaro	-----	16.964.364,91	-----	-----	-----	42.116.863,63	-----	-----	209.146,05	0,00	16.755.218,86	42.116.863,63
Nuovo Ospedale di Vibo Valentia	-----	-----	6.557.453,25	20.238.654,73	3.419.176,44	18.329.457,09	344.993,21	1.065.192,35	237.909,76	0,00	29.977.374,66	19.739.642,65
Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro	5.000.000,00	16.952.735,67	-----	-----	-----	9.000.000,00	-----	-----	387.688,51	0,00	21.565.047,16	9.000.000,00
<b>Totale</b>	<b>7.000.000,00</b>	<b>33.917.100,58</b>	<b>6.557.453,25</b>	<b>20.238.654,73</b>	<b>3.419.176,44</b>	<b>89.446.320,72</b>	<b>344.993,21</b>	<b>1.065.192,35</b>	<b>2.834.744,32</b>	<b>396.349,48</b>	<b>68.297.640,68</b>	<b>90.460.156,80</b>
	<b>161.988.891,30</b>								<b>3.231.093,80</b>		<b>158.757.797,48</b>	



Tabella E

Intervento	Spese Gestione Ordinaria Regione Calabria		Risorse disponibili sul bilancio regionale		Spese complessive Gestione commissariale OPCM 3635/2007 e Gestione Ordinaria Regione Calabria (al 31/12/2018)		
	Risorse Statali	Risorse Regionali	Risorse Statali	Risorse Regionali	Risorse Statali	Risorse Regionali	Totale
Nuovo Ospedale della Sibaritide	2.084.148,00	3.206.385,95	0,00	16.397.264,57	4.084.148,00	3.602.735,43	<b>7.686.883,43</b>
Nuovo Ospedale di Catanzaro	0,00	83.679,05	16.755.218,86	42.033.184,58	209.146,05	83.679,05	<b>292.825,10</b>
Nuovo Ospedale di Vibo Valentia	0,00	6.972.921,05	29.977.374,66	12.766.721,60	237.909,76	6.972.921,05	<b>7.210.830,81</b>
Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro	0,00	851.670,80	21.565.047,16	8.124.763,53	387.688,51	875.236,47	<b>1.262.924,98</b>
Totale	2.084.148,00	11.138.222,52	68.297.640,68	79.321.934,28	4.918.892,32	11.534.572,00	16.453.464,32
	13.222.370,52		147.619.574,96				

**B.0.3.2c Programma di Potenziamento Funzionale e Innovazione Tecnologica (OPCM 3635/2007)**

A valere sulle risorse stanziare dalla Delibera CIPE n. 52/98, il Commissario Delegato per la realizzazione degli interventi urgenti necessari per il superamento della situazione di emergenza socio-economica-sanitaria determinatasi nella Regione Calabria, ex OPCM 3635/2007, ha approvato con ordinanza n. 13 del 22/11/2010 il "Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica" delle tre Aziende Ospedaliere, costituito da n. 15 interventi. Di questi n. 14 interventi sono stati ammessi a finanziamento, ciascuno con proprio decreto del Ministero della Salute del 14/04/2011, per un importo complessivo a carico dello Stato pari a € 99.891.258,35, al netto della quota del 5% a carico della Regione pari a € 5.257.434,65.

Per quanto riguarda invece l'intervento non ammesso a finanziamento, la Regione ha richiesto al Ministero della Salute la rifinalizzazione della relativa quota statale, pari a € 7.600.000,00, per gli interventi previsti nel presente Accordo di Programma. Di seguito la tabella riepilogativa dello stato di attuazione degli interventi al 31/12/2018:

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [euro]	Importo erogato [euro]	Importo da erogare [euro]	Stato dei lavori
AO "Annunziata" di Cosenza	Adeguamento normativo del plesso principale del P.O. Annunziata e potenziamento tecnologico	15.000.000,00	11.384.377,33	3.615.622,67	In corso
	Adeguamento normativo degli edifici del P. O. Mariano Santo e potenziamento tecnologico	12.430.000,00	9.311.020,00	3.118.980,00	In corso
	Completamento padiglione dermatologia oncologica del P.O. Mariano Santo e potenziamento tecnologico	2.070.000,00	1.776.929,20	293.070,80	In esercizio
	Adeguamento statico, impiantistico funzionale di alcuni edifici esistenti all'interno dello stabilimento ospedaliero Annunziata di Cosenza	12.000.000,00	7.043.027,20	4.956.972,80	In corso
AO "Pugliese Ciaccio" Catanzaro	Completamento area emergenza-urgenza P.O. Pugliese acquisizione apparecchiature elettromedicali	9.318.693,00	8.296.186,16	1.022.506,84	In corso
	Lavori di ristrutturazione e adeguamento normativo UU.OO. P.O. Pugliese e adeguamento antincendio	5.680.000,00	3.602.817,34	2.077.182,66	In corso
	Completamento acquisizione apparecchiature elettromedicali dei PP.OO. Pugliese e de Lellis	4.380.500,00	3.723.310,81	657.189,19	In esercizio
	Completamento lavori di ristrutturazione e adeguamento normativo varie UU.OO. PP.OO Pugliese e del Lellis	1.619.500,00	1.564.712,30	54.787,70	In esercizio
	Progetto per il potenziamento della radioterapia oncologica nell'azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio di Catanzaro	8.400.000,00	8.180.914,88	219.085,12	In esercizio
AO "Bianchi- Melacrino- Morelli" Reggio Calabria	Adeguamento normativo e Potenziamento tecnologico del P.O. Riuniti	15.000.000,00	6.760.189,85	8.239.810,15	In corso
	Completamento e rifunionalizzazione del nuovo presidio Morelli	10.000.000,00	4.770.387,48	5.229.612,52	In corso
	Realizzazione della banca del Cordone Ombelicale e Terapie Cellulari"	1.250.000,00	1.197.874,41	52.125,59	In esercizio
	Messa a norma ed ampliamento Pronto soccorso. Realizzazione Morgue - Inizializzazione ed allestimento polo onco-ematologico presso presidio Morelli	3.000.000,00	2.939.346,52	60.653,48	In esercizio
	Realizzazione PET- Integrazione quattro sale operatorie - Acquisto attrezzature	5.000.000,00	922.856,03	4.077.143,97	In corso
<b>TOTALE</b>		<b>105.148.693,00</b>	<b>71.473.949,51</b>	<b>33.674.743,49</b>	

**B.0.3.3 Interventi in materia di sicurezza (L. 450/1997)**

La seconda fase del programma straordinario di edilizia sanitaria ex art. 20 della legge n. 67/88 ha previsto un programma specifico per l'utilizzo delle risorse di cui alla legge 27 dicembre 1977, n. 450 riguardante la realizzazione di interventi nel settore sicurezza.

Con delibera CIPE n. 53 del 1998 è stata assegnata alla Regione Calabria la somma pari a € 6.235.184,14, al netto della quota del 5% a carico della stessa Regione, per la realizzazione di interventi necessari ad adeguare le strutture e le tecnologie sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza.

Con decreto del Ministero della Salute del 30 ottobre 2000 sono stati ammessi a finanziamento n. 5 interventi. L'intervento dell'AO Annunziata di Cosenza è stato in parte rimodulato con Decreto del Ministero della Salute del 30/03/2009 dando origine ad altri due sottointerventi.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dello stato di attuazione degli interventi al 31/12/2018:

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [euro]	Importo erogato [euro]	Importo da erogare [euro]	Stato dei lavori
ASP Cosenza	Progetto esecutivo per la realizzazione dei lavori di adeguamento alla normativa antinfortunistica del P.O. di Paola.	661.064,83	511.599,24	149.465,59	In esercizio
ASP Cosenza	Progetto esecutivo per la realizzazione dei lavori di adeguamento alla normativa antinfortunistica del P.O. di Praia a Mare.	583.596,29	496.170,24	87.426,05	In esercizio
AO "Annunziata" Cosenza	Progetti esecutivi per l'adeguamento alla normativa antinfortunistica dei P.O. dell'Annunziata, Mariano Santo, e S. Barbara di Rogliano.  Intervento A) Ristrutturazione del Servizio Rianimazione del P.O. Annunziata di Cosenza; Intervento C) Fornitura e posa in opera di un trasformatore supplementare di scorta per gli impianti di condizionamento centralizzati del P.O. Annunziata di Cosenza ed opere accessorie;	651.124,93	651.124,93	0,00	In esercizio
AO "Annunziata" Cosenza	Fornitura e posa in opera di un gruppo di continuità per il P.O. Mariano Santo di Cosenza. (D.M. 30/03/2009).	446.218,76	42.274,54	403.944,22	In corso
AO "Annunziata" Cosenza	Adeguamento impianto elettrico del P.O. Mariano Santo di Cosenza. (D.M. 30/03/2009).	870.357,10	743.266,52	127.090,58	In esercizio
AO "Pugliese Ciaccio" Catanzaro	Progetto definitivo per la ristrutturazione ed adeguamento impiantistico, tecnologico delle sale operatorie di chirurgia generale ed ostetricia-ginecologia e servizi all'interno del P.O. Pugliese di Catanzaro.	1.071.692,21	1.018.107,60	53.584,61	In esercizio
AO "Mater Domini" Catanzaro	Progetto esecutivo per i lavori di rifacimento degli impianti elettrici e speciali e di adeguamento funzionale alle norme VV.FF. del complesso ospedaliero "Mater Domini" di Catanzaro.	2.272.410,36	2.268.537,50	3.872,86	In esercizio
<b>TOTALE</b>		<b>6.556.464,48</b>	<b>5.731.080,57</b>	<b>825.383,91</b>	

**B.0.3.4 Interventi nel settore materno infantile (L. 34/96, art. 3 comma 4)**

Con delibera CIPE del 6 maggio 1998, è stata assegnata alla Regione Calabria di la somma di € 4.072.007,93, per la realizzazione degli interventi di completamento della rete consultoriale nell'ambito del settore materno-infantile, ex L. n. 34/1996.



In attuazione della sopracitata delibera CIPE, la Regione Calabria ha approvato il programma regionale costituito da n. 21 interventi, ammessi a finanziamento con decreto ministeriale del 19/04/2000 per un importo pari a € 3.868.367,79 al netto della quota del 5% a carico della Regione.

Il programma risulta concluso e la Regione, analogamente a quanto già fatto per il Programma art. 20 della prima fase, intende attivare le procedure finalizzate alla riprogrammazione delle risorse residue sempre nell'ambito del settore materno infantile.

### **B.0.3.5 Programma di interventi per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. 135/90)**

A valere sulle risorse stanziata dalla delibera CIPE del 26 giugno 1997, sono stati approvati e finanziati n. 5 interventi per un importo pari a € 28.251.230,52.

A seguito della ridefinizione del programma da parte della Regione Calabria, gli interventi sono stati ridotti a quattro in quanto la quota di finanziamento di € 5.204.564,69 relativa all'intervento di Vibo Valentia è stata destinata alla realizzazione del Nuovo Ospedale della stessa città (Decreto del Ministero della Salute del 10/04/2003).

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dello stato di attuazione degli interventi al 31/12/2018:

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [euro]	Importo erogato [euro]	Importo da erogare [euro]	Stato dei lavori
ASP Catanzaro	Intervento per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS nel P.O. "Ferrantazzo" di Lamezia Terme (CZ)	5.527.611,93	0,00	5.527.611,93	Non aggiudicato
AO "Annunziata" Cosenza	Intervento per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS nel P.O. "SS. Annunziata" di Cosenza	5.336.533,36	5.168.496,34	168.037,02	In esercizio
AO "Pugliese Ciaccio" Catanzaro	Intervento per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS nel P.O. "Pugliese e Ciaccio" di Catanzaro	6.174.896,74	6.003.596,54	171.300,20	In esercizio
AO "Bianchi Melacrino Morelli" Reggio Calabria	Intervento per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS negli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria	6.007.623,79	1.549.370,70	4.458.253,09	Sospesi
<b>TOTALE</b>		<b>23.046.665,82</b>	<b>12.721.463,58</b>	<b>10.325.202,24</b>	

La Regione intende riprogrammare le risorse relative agli interventi dell'ASP di Catanzaro e dell'AO di Reggio Calabria, che non sono stati realizzati, sempre nell'ambito delle malattie infettive alla luce delle sopraggiunte esigenze sanitarie in materia.

### **B.0.3.6 Potenziamento delle strutture di radioterapia (art. 28, comma 12, L. 488/99)**

A valere sulle risorse assegnate con il Decreto del Ministero della Salute del 28/12/2001, la Regione Calabria ha previsto un solo intervento denominato "Adeguamento delle attrezzature di radioterapia per l'utilizzazione di tecniche a fasci multipli e trattamenti con intensità modulata (IMRT)", presso l'Azienda Ospedaliera "Pugliese - Ciaccio" di Catanzaro, per un finanziamento complessivo di € 651.393,60, di cui € 618.823,92 a carico dello Stato, assegnato con decreto del 08/07/2003 e di € 32.569,68 a carico della Regione.

L'intervento è stato completato e collaudato in data 04/03/2004.

**B.0.3.7 Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative - Hospice (L. 39/99)**

Nell'ambito del programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (Hospice) è stata assegnata alla Regione Calabria la somma complessiva di euro 5.711.710,59 (euro 3.662.397,78 con Decreto del Ministero della Salute del 28/09/1999 ed euro 2.049.312,81 con Decreto del Ministero della Salute del 05/09/2001).

A valere sulle suddette risorse la Regione ha programmato n. 7 interventi il cui stato di attuazione al 31/12/2018 è riportato nella tabella seguente:

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [Euro]	Importo erogato [Euro]	Importo da erogare [Euro]	Stato dei lavori
ASP Cosenza	Hospice presso il P.O. di Cassano Jonio (11 pl)	671.393,97	671.393,97	0,00	In esercizio
ASP Cosenza	Hospice "Serra Spiga" di Cosenza (10 pl)	981.268,11	49.063,41	932.204,70	Sospeso
ASP Catanzaro	Hospice di Catanzaro (10 pl)	774.685,35	38.734,27	735.951,08	Sospeso
ASP Vibo Valentia	Hospice presso ex dispensario di Tropea (12 pl)	503.313,09	503.313,09	0,00	Sospeso
ASP Reggio Calabria	Hospice presso il P.O. di Siderno (18 pl)	893.199,20	638.637,42	254.561,78	Sospeso
ASP Reggio Calabria	Hospice presso ex ostello della gioventù di Melicucco (12 pl)	700.000,00	700.000,00	0,00	Sospeso
ASP Reggio Calabria	Hospice di Reggio Calabria (11 pl)	1.187.850,87	1.187.850,87	0,00	In esercizio
<b>TOTALE</b>		<b>5.711.710,59</b>	<b>3.788.993,03</b>	<b>1.922.717,56</b>	

Considerati i ritardi nell'attivazione dei posti letto programmati e ritenuto di dover provvedere al riequilibrio della distribuzione dei posti letto sul territorio regionale, con DCA n. 77 del 06/07/2015 è stata approvata la nuova "Rete regionale di cure palliative ed Hospice" che ha individuato nuovi siti e riprogrammato i posti letto.

Il DCA n. 77/2015 è stato poi rettificato dai DCA n. 106/2016, n. 132/2016 e n. 56/2017, ai quali si rimanda per un maggiore dettaglio della rete attuale.

In particolare, con il DCA n. 106/2016, in virtù della nuova programmazione dei posti letto sono stati approvati gli studi di fattibilità degli Hospice da realizzare presso il PO di Rogliano, il PO di Tropea e l'ex PO di Siderno per un importo complessivo pari a € 2.045.000,00 a valere sulle risorse residue del finanziamento originario nonché con le risorse regionali che si renderanno necessarie.

**B.0.3.8 Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (L. 448/98, art. 71)**

Le risorse inizialmente stanziare per le città di Reggio Calabria, pari a € 17.558.139,60, e Catanzaro, pari a € 17.571.984,68, sono state in seguito destinate a garantire la copertura finanziaria rispettivamente del "Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro", inserito nell'Accordo di Programma integrativo del 2007, e del "Nuovo Ospedale di Catanzaro", oggetto del presente Accordo.

Le risorse sono state interamente trasferite alla Regione Calabria a seguito della gestione commissariale, ex OPCM 3635/2007.

**B.0.3.9 Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (L. 9/2012, art. 3-ter e s.m.i.)**

A valere sulle risorse specifiche assegnate con decreto 28/12/2012 dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministro della Giustizia, pari a € 6.572.522,29, al netto della quota del 5% di cofinanziamento regionale pari a € 345.922,23, la Regione Calabria con DCA n. 99/2013 ha approvato il "Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", costituito dai seguenti interventi: "REMS di Girifalco" di importo complessivo pari a € 6.200.000,00 e "Struttura residenziale di Santa Sofia d'Epiro" di importo complessivo pari a € 718.444,51.

Successivamente con decreto del Ministero della Salute del 09/10/2013 è stata assegnata alla Regione l'intera somma a carico dello Stato di € 6.572.522,29 per la realizzazione del sopracitato Programma.

L'intervento della REMS di Girifalco è in corso di esecuzione mentre l'intervento di Santa Sofia d'Epiro è in esercizio.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dello stato di attuazione degli interventi al 31/12/2018:

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [Euro]	Importo erogato [Euro]	Importo da erogare [Euro]	Stato dei lavori
ASP Cosenza	Struttura residenziale di Santa Sofia d'Epiro	718.444,51	0,00	718.444,51	In esercizio
ASP Catanzaro	REMS di Girifalco	6.200.000,00	3.793133,90	2.406.866,10	In corso
<b>TOTALE</b>		<b>6.918.444,51</b>	<b>3.793133,90</b>	<b>3.125.310,61</b>	

**B.0.3.10 Programma di adeguamento alla normativa antincendio (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013)**

La delibera CIPE n. 16 dell'8 marzo 2013, a valere sulle risorse rese disponibili dall'art. 2, comma 69, della citata L. 23 dicembre 2009, n. 191 (finanziaria 2010) per la prosecuzione del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico di cui all'art. 20 della L. 67/88, ha destinato alla Regione Calabria la somma di € 2.944.693,57, al netto della quota del 5% a carico della Regione pari a € 154.983,87, per l'adeguamento a norma degli impianti antincendio delle strutture sanitarie.

A valere sull'importo complessivo di € 3.099.677,44, con DCA n. 95 del 12/09/2016 e DCA n. 129 del 01/12/2016 è stato approvato il Programma regionale di adeguamento alla normativa antincendio costituito da n. 15 interventi.

Con parere n. 19-P del 16/02/2017 il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha preso atto del Programma approvato con i sopracitati DCA.

Considerata l'entità piuttosto esigua delle risorse assegnate rispetto alle reali necessità rappresentate dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, la Regione ha ritenuto di finanziare prioritariamente gli interventi urgenti dei presidi ospedalieri.

Al momento risulta ammesso a finanziamento il solo intervento del Poliambulatorio del complesso ospedaliero Pugliese-Ciaccio di Catanzaro. Sono in corso le procedure per definire le progettazioni esecutive degli altri interventi ai fini della successiva ammissione a finanziamento.

Si riportano di seguito due tabelle riepilogative dello stato di attuazione dei Programmi sopra descritti.



## PROGRAMMI DI INVESTIMENTO REGIONALI - AVANZAMENTO DELLA SPESA

TITOLO PROGRAMMA	IMPORTO COMPLESSIVO DEL PROGRAMMA	IMPORTO A CARICO DELLO STATO	IMPORTO A CARICO DELLA REGIONE	IMPORTO A CARICO DELLE AZIENDE	PERCENTUALE FINANZIAMENTO STATALE UTILIZZATO
Programma art. 20 L. n. 67/88 - Prima fase. (Delibera CIPE 03 agosto 1990)	€ 210.874.000,00	€ 198.491.945,85	€ 10.401.958,40	€ 1.980.095,75	91%
Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma stralcio 2004	€ 57.169.376,94	€ 54.310.908,09	€ 2.858.468,85	€ 0,00	70%
Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma integrativo 2007	€ 285.633.458,46	€ 196.187.137,74	89.446.320,72	€ 0,00	3%
Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica (OPCM 3635/2007)	€ 105.148.693,00	€ 99.891.258,35	€ 5.257.434,65	€ 0,00	68%
Interventi nel settore Materno Infantile , L. n. 34/96, art. 3 comma 4. (Delibera CIPE 06 maggio 1998)	€ 4.071.966,10	€ 3.868.367,79	€ 203.598,31	€ 0,00	83%
Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. n. 135/1990)	€ 23.046.665,82	€ 23.046.665,82	€ 0,00	€ 0,00	55%
Programma specifico per l'utilizzo delle risorse legge 450/1997. Interventi urgenti settore sicurezza	€ 7.686.464,49	€ 6.228.641,27	€ 327.823,22	€ 1.130.000,00	90%
Potenziamento delle strutture di radioterapia (L. n. 488/99, art. 28 comma 12)	€ 651.393,60	€ 618.823,92	€ 32.569,68	€ 0,00	100%
Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative – Hospice (L. n. 39/99)	€ 5.711.710,59	€ 5.711.710,59	€ 0,00	€ 0,00	66%
Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n.9, art. 3-ter e s.m.i.	€ 6.918.444,51	€ 6.572.522,28	€ 345.922,23	€ 0,00	55%
Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. art. 71, L. 448/98	€ 35.130.124,28	€ 35.130.124,28	€ 0,00	€ 0,00	0%
Programma di adeguamento alla normativa antincendio. (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013)	€ 3.099.677,44	€ 2.944.693,57	€ 0,00	€ 0,00	0%



## PROGRAMMI DI INVESTIMENTO REGIONALI - STATO DEI LAVORI

PROGRAMMA DI FINANZIAMENTO	PROGRAMMA DI FINANZIAMENTO	NUMERO INTERVENTI FINANZIATI	NUMERO INTERVENTI RIFINALIZZATI	STATO DEI LAVORI			NOTE
				IN ESERCIZIO/ULTIMATI	IN CORSO	SOSPESI	
Programma art. 20 legge 67/88 - Prima fase. (Delibera CIPE 03 agosto 1990)	Programma art. 20 L. n. 67/88 - Prima fase. (Delibera CIPE 03 agosto 1990)	142	1	86/30	1	24	Sono in corso, con CDP e con il Ministero della Salute, le procedure per la riprogrammazione delle economie del programma.
Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98)	Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma stralcio 2004	8	1	6	1	0	L'intervento denominato "Presidio Ospedaliero di Rossano - Dipartimento di emergenza ed urgenza" è stato revocato e le relative risorse rifinalizzate per il nuovo ospedale della Sibaritide.
	Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma integrativo 2007	4	0	0	3	1	Relativamente al nuovo ospedale di Catanzaro l'ADP del 2007 è da considerarsi decaduto.
	Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica (OPCM 3635/2007)	14	0	6	8	0	
Interventi nel settore Materno Infantile , L. n. 34/96, art. 3 comma 4. (Delibera CIPE 06 maggio 1998)	Interventi nel settore Materno Infantile , L. n. 34/96, art. 3 comma 4. (Delibera CIPE 06 maggio 1998)	21	0	19	0	2	La Regione intende riprogrammare le risorse relative agli interventi sospesi, sempre nell'ambito del settore materno infantile.
Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. n. 135/1990)	Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. n. 135/1990)	5	1	2	0	2	La Regione intende riprogrammare le risorse relative agli interventi sospesi, sempre nell'ambito delle malattie infettive, alla luce delle sopraggiunte esigenze sanitarie in materia.
Interventi in materia di sicurezza (Legge 450 del 1997)	Programma specifico per l'utilizzo delle risorse legge 450/1997. Interventi urgenti settore sicurezza	7	0	6	1	0	
Potenziamento delle strutture di radioterapia (L. n. 488/99, art. 28 comma 12)	Potenziamento delle strutture di radioterapia (L. n. 488/99, art. 28 comma 12)	1	0	1	0	0	
Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative – Hospice (L. n. 39/99)	Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative – Hospice (L. n. 39/99)	7	0	2	-----	-----	Con decreto del Commissario ad acta n. 77 del 06/07/2015 e s.m.i. è stata riprogrammata la rete regionale di cure palliative e Hospice.
Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n.9, art. 3-ter e s.m.i.	Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n.9, art. 3-ter e s.m.i.	2	0	1	1	0	
Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. art. 71, L. 448/98	Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. art. 71, L. 448/98	2	2	0	0	0	Gli interventi originari sono stati revocati e le risorse rifinalizzate per la costruzione dei nuovi ospedali della Piana di Gioia Tauro e di Catanzaro
Programma di adeguamento alla normativa antincendio. (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013)	Programma di adeguamento alla normativa antincendio. (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013)	15	0	0	15	0	



**B.0.4 La solidità programmatoria complessiva - Obiettivi generali e specifici**

Il programma proposto è coerente con la più recente normativa statale in ambito sanitario, che ha imposto un metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazioni dei posti letto.

Gli obiettivi generali del programma sono di seguito identificati:

- adeguamento dello standard ospedaliero regionale agli standard delle regioni più all'avanguardia nel panorama nazionale;
- miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili, per un servizio sanitario adeguato alle legittime aspettative dei cittadini;
- coerenza con quanto stabilito dal DM 02/04/2015, n 70 avente ad oggetto *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.”*;
- coerenza degli interventi con il disegno della rete ospedaliera regionale, con particolare riferimento ai criteri organizzativi del DCA n. 9/2015 ed all'assetto stabilito dal DCA 64/2016;
- perseguire una maggiore umanizzazione dell'offerta assistenziale;
- effettuare una maggiore azione di contrasto al fenomeno della migrazione sanitaria nelle altre regioni.
- Adeguamento e potenziamento tecnologico dei Presidi Ospedalieri in coerenza con quanto stabilito dalla programmazione regionale ai fini dell'attuazione del DM n. 70/2015;
- Potenziamento e riorganizzazione dell'offerta territoriale con conseguenti vantaggi in termini economici, organizzativi e di offerta sanitaria.

Gli obiettivi specifici del programma sono di seguito identificati:

- la realizzazione di nuove strutture ospedaliere, per far fronte alle attuali criticità di presidi esistenti (Nuovi Ospedali di Cosenza e di Catanzaro), con particolare riferimento: alla duplicazione e frammentazione di servizi ambulatoriali, di diagnostica per immagini e di attività chirurgica che portano ad una cattiva gestione delle risorse e dei dipendenti; alla necessità di effettuare un adeguamento funzionale, edilizio, strutturale ed impiantistico degli edifici ospedalieri per i quali non sono tecnicamente ed economicamente sostenibili interventi di adeguamento alle norme vigenti; alla inadeguatezza del parco tecnologico, con necessità di intervento mirato ad acquisire ed installare in spazi idonei le nuove strumentazioni, tali da garantire sicurezza ai pazienti, diagnostica più qualificata e abbattimento delle liste d'attesa;
- la realizzazione di nuove strutture a servizio delle Aziende Sanitarie Provinciali (Cittadelle della Salute di Cosenza e Catanzaro), con l'obiettivo di centralizzare sedi per servizi territoriali sparsi in sedi private, alcune delle quali raggiungibili con disagio dall'utenza e per le quali le Aziende sopportano rilevanti oneri di locazione;
- la messa in sicurezza di strutture sanitarie esistenti (Ospedali di Lamezia Terme, di Crotona e “Mater Domini” di Catanzaro), prevedendo l'adeguamento funzionale, impiantistico e strutturale ai requisiti richiesti dalle normative nazionali e regionali vigenti, al fine di garantire adeguati standard di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- l'adeguamento funzionale degli spazi interni al fine di migliorare i luoghi di cura e degenza anche in termini di comfort alberghiero;
- l'innovazione e l'ammmodernamento del patrimonio tecnologico volto a garantire prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute;

***B.0.5 Coerenza Interna***

Gli interventi ricompresi nel presente Accordo trovano piena rispondenza negli atti di programmazione regionale recentemente adottati riguardanti in particolar modo la riorganizzazione della rete ospedaliera, dell'emergenza-urgenza e della rete territoriale (DPGR n. 18/2010, DCA n. 9/2015, DCA n.30/2016, DCA n.64/2016, DCA n. 166/2017), nonché nel quadro più ampio del Programma Operativo 2016-2018 approvato con DCA n. 119/2016 e, ai fini dell'attuazione del DM n. 70/2015.

Con il DCA n. 9 del 02/04/2015 è stato stabilito il fabbisogno della popolazione calabrese considerando, in particolare, quattro macro situazioni critiche: gli interventi fuori regione, gli interventi in urgenza, gli interventi in risposta ai problemi sanitari che meritino un'attenta valutazione e l'impostazione di un percorso di diagnosi e cura e gli interventi in risposta alle malattie croniche. La dotazione regionale programmata dalla predetta riorganizzazione contemplata nel DCA n. 9/2015 era pari a n. 6.494 posti letto per acuti, a fronte di n.5.831 all'epoca attivi nei presidi ospedalieri pubblici e privati.

Con il successivo DCA 30 del 03/03/2016, la rete ospedaliera ha subito una sostanziale modifica, prevedendo l'incremento a 6.850 pl complessivi, dei quali 5.554 per acuti e 1.296 per post acuti, tenendo conto delle osservazioni espresse dai Tavoli ministeriali di verifica degli adempimenti e degli indirizzi di programmazione sopravvenuti con il DM Salute n. 70/2015. In particolare, ai sensi dell'Art. 1, comma 541, della L 28/12/2015, n.208, con circolare del 19 febbraio i Ministeri hanno richiesto di adottare il provvedimento generale di programmazione e di rimodulare la dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale sulla base dello standard di posti letto per mille abitanti, corretta per il saldo di mobilità, secondo quanto disposto dell'articolo 1, comma 3, lettera b, del DM n. 70/2015.

La Regione Calabria, con il Decreto Commissariale n. 64 del 17 maggio 2016, ha approvato la "Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016". Al suddetto DCA è allegato il "Documento riorganizzazione Rete Ospedaliera, Rete dell'Emergenza Urgenza e Reti Tempo-Dipendenti".

Con il DCA n. 64/2016, si è proceduto ad aggiornare ulteriormente la programmazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti, al fine di recepire le ulteriori esigenze emerse in fase applicativa, le osservazioni espresse dai Tavoli ministeriali di verifica degli adempimenti, gli indirizzi di programmazione sopravvenuti con il DM Salute n. 70/2015 e le sue ultime circolari esplicative. I posti letto totali sono passati da 6.850 a 6.659 dei quali 5.399 per acuti e 1.260 per post acuti.

***B.0.6 Coerenza esterna***

Per quanto attiene la correlazione con la programmazione intersettoriale (coerenza esterna) della Regione Calabria, non può non farsi riferimento al Patto per lo sviluppo della Regione Calabria, sottoscritto in data 30 aprile 2016 dal Presidente del Consiglio dei Ministri e dal Presidente della Regione Calabria, approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 160 del 13 maggio 2016 e poi riformulato con DGR. n. 3 del 12/01/2018, prevede tra le Linee di Sviluppo e relative aree di intervento, quella relativa all'Edilizia ed Innovazione sanitaria, che contempla la realizzazione di interventi, in coerenza con la riorganizzazione della rete ospedaliera della Calabria, finalizzati, a partire dagli Ospedali Hub, all'ammodernamento delle strutture ed all'innovazione delle tecnologie sanitarie. Gli interventi, gli importi e le relative fonti di finanziamento approvati con la sopracitata DGR sono sintetizzati nella seguente tabella:



	INTERVENTO STRATEGICO (Titolo del progetto)	IMPORTO TOTALE INTERVENTO (€)	FONTE FINANZIAMENTI
<b>SETTORE PRIORITARIO (assi Interventi)</b>	Concessione di realizzazione e gestione del Nuovo Ospedale di Catanzaro	€ 180.000.000	<b>A.d.P. 13-12-2007</b> ART. 20 L. 67-88 - ART. 71 L. 488-98 ART. 1 L.R. 9-2011 - € 56.883.136 - Stato / € 62.116.864 - Regione € 61.000.000 - Risorse private
	Concessione di realizzazione e gestione del Nuovo Ospedale di Cosenza	€ 245.000.000	<b>A.d.P. da stipulare</b> ART. 20 L. 67-88 - € 137.750.000 – Stato / € 7.250.000 - Regione € 100.000.000 – Risorse private
	Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Reggio Calabria	€ 114.889.824	<b>A.d.P. da stipulare</b> ART. 20 L. 67-88 - € 71.145.333 – Stato / € 3.744.491 - Regione € 40.000.000 – Risorse private
	Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona	€ 25.000.000	<b>A.d.P. da stipulare</b> ART. 20 L. 67-88 - € 23.750.000 – Stato / € 1.250.000 - Regione
	Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme	€ 20.000.000	<b>A.d.P. da stipulare</b> ART. 20 L. 67-88 - € 19.000.000 – Stato / € 1.000.000 - Regione
	<b>Totale</b>	<b>€ 662.652.253</b>	
<b>INNOVAZIONE TECNOLOGICA NEI SERVIZI SANITARI</b>	Potenziamento tecnologico delle AA.OO.	€ 17.762.429	<b>A.d.P. da stipulare</b> ART. 20 L. 67-88 - € 16.874.302 - Stato / € 888.127 - Regione
	Messa in sicurezza ed adeguamento tecnologico delle AA.SS.PP.	€ 60.000.000	<b>Fondi FSC</b>

Essendo previsto anche l'utilizzo di risorse afferenti al Programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/1988, la concreta attuazione degli interventi di Edilizia Sanitaria presenti nel Patto avverrà attraverso il presente Accordo.

Le diverse configurazioni che in questi ultimi mesi hanno assunto gli interventi relativi ai nuovi ospedali di Cosenza e Catanzaro, i conseguenti approfondimenti effettuati sui rispettivi quadri economici, oltre al fatto che l'intervento riguardante l'ampliamento del nuovo ospedale Morelli di Reggio Calabria sarà realizzato con fondi dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (tutti questi aspetti saranno di seguito meglio specificati) rendono di fatto necessaria una rimodulazione del quadro finanziario sopra descritto.

Alla luce di quanto sopra rappresentato, la Regione Calabria ha già avviato preliminari interlocuzioni con l'Agenzia per la Coesione per la rimodulazione delle risorse finanziarie. Il nuovo quadro programmatico è rappresentato nella tabella seguente, precisando che i fondi FSC, pari a € 59.900.000,00, presenti nel Patto, non rientrano nel presente Accordo.



RIMODULAZIONE DEL PATTO PER LA CALABRIA

	INTERVENTO STRATEGICO	DESCRIZIONE	Importo totale intervento (Euro)	Fondi Statali art. 20 L. 67/88 (Euro)	Fondi Statali art. 71 L. 488/98 (Euro)	Fondi Regionali (Euro)	Fondi da risorse private (PPP) (Euro)	Fondi FSC (Euro)
SETTORE PRIORITARIO (assi Interventi)	Nuovo Ospedale di Catanzaro	Concessione di realizzazione e gestione del Nuovo Ospedale di Catanzaro	170.000.000,00	48.555.468,38	17.527.667,99	17.116.863,63	86.800.000,00	-----
		Adeguamento funzionale ed impiantistico Mater Domini	25.000.000,00	-----	-----	25.000.000,00	-----	-----
		Nuova Cittadella della Salute di Catanzaro	40.000.000,00	20.000.000,00	-----	20.000.000,00	-----	-----
		<b>TOTALE</b>	<b>235.000.000,00</b>	<b>68.555.468,38</b>	<b>17.527.667,99</b>	<b>62.116.863,63</b>	<b>86.800.000,00</b>	-----
	Nuovo Ospedale di Cosenza	Concessione di realizzazione e gestione del Nuovo Ospedale di Cosenza	375.000.000,00	174.705.000,00	-----	9.195.000,00	191.100.000,00	-----
		Cittadella della Salute di Cosenza	45.000.000,00	20.900.000,00	-----	1.100.000,00	23.000.000,00	-----
		<b>TOTALE</b>	<b>420.000.000,00</b>	<b>195.605.000,00</b>	-----	<b>10.295.000,00</b>	<b>214.100.000,00</b>	-----
	Ospedale di Crotona	Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona	25.000.000,00	23.750.000,00	-----	1.250.000,00	-----	-----
	Ospedale di Lamezia Terme	Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme	20.000.000,00	19.000.000,00	-----	1.000.000,00	-----	-----
	INNOVAZIONE TECNOLOGICA NEI SERVIZI SANITARI	Potenziamento tecnologico AA. OO. E AA.SS.PP	Potenziamento tecnologico delle AA.OO.	1.570.804,41	1.492.264,19	-----	78.540,22	-----
Messa in sicurezza e adeguamento tecnologico AA. OO. E AA.SS.PP.		Messa in sicurezza ed adeguamento tecnologico delle AA.SS.PP.	59.900.000,00	-----	-----	-----	-----	59.900.000,00
<b>Totale</b>			<b>761.470.804,41</b>	<b>308.402.732,57</b>	<b>17.527.667,99</b>	<b>74.740.403,85</b>	<b>300.900.000,00</b>	<b>59.900.000,00</b>

**B.0.7 Quadro normativo**Statale

- D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, art. 5 bis, che, al fine di semplificare le procedure per la realizzazione degli interventi ex art. 20 L. 67/1988, ha previsto la possibilità di stipula di Accordi di Programma tra il Ministero della Salute, di concerto col Ministero dell'Economia e Finanze e le Regioni interessate, d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;
- Accordo Stato-Regioni del 19 dicembre 2002, sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità;
- Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2004, art. 10, di attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004 relativo alla destinazione di almeno il 15% delle risorse finanziarie ex art. 20 al potenziamento ed ammodernamento tecnologico;
- Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008, sulle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di Programma, di cui all'art. 5 bis del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- D.L. 95/2012, convertito in legge n. 135 del 7 agosto 2012, che, all'art. 15, comma 13, ha ridefinito lo standard nazionale di posti letto;
- Regolamento approvato in Conferenza Stato – Regioni e PP.AA. il 5.08.2014, recante “Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento di Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135”, che ha introdotto un puntuale modello organizzativo, gli standard in relazione a modelli di complessità, discipline e bacini di utenza ed alcuni vincoli;
- DM 2 aprile 2015 n. 70, che ha definito gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera.

Regionale

- Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro n. 9 del 2 aprile 2015 con il quale è stato approvato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti;
- Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro n. 30 del 3 marzo 2016, con il quale è stato approvato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti;
- Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro n. 119/2016, con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2016-2018 predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n.191;
- Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro n.64 del 5 luglio 2016, con il quale è stato approvato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti.
- Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro n. 166 del 13 dicembre 2017, con il quale è stato approvato il documento di riorganizzazione della Rete Territoriale.

**B.1 ANALISI SOCIO – SANITARIA – ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI****B.1.A LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO****B.1.a1 Quadro epidemiologico**

L'epidemiologia di molte patologie è strettamente correlata con le caratteristiche demografiche e questo condiziona la domanda di assistenza da parte dei cittadini e di conseguenza anche l'offerta sanitaria. Pertanto la conoscenza della composizione di una popolazione e la sua variazione nel tempo rappresenta un elemento imprescindibile nella programmazione degli interventi socio-sanitari di un territorio. L'analisi che segue mira a rappresentare un territorio, quello della Regione Calabria, dal punto di vista socio-economico ed epidemiologico, con l'obiettivo di rintracciare, fra gli elementi fondamentali alla base della scelta strategica di realizzare dei Nuovi Ospedali, derivanti dal bisogno della popolazione, ovvero dal fabbisogno di salute, che la popolazione calabrese oggi soddisfa solo in parte attraverso i presidi esistenti, per lo più generando fenomeni migratori, dai quali originano le maggiori criticità del sistema sanitario regionale.

Volendo tentare una lettura delle attività di ricovero che distingua le patologie che si riscontrano con maggiore frequenza tra i cittadini calabresi può essere di qualche utilità l'osservazione della tabella che segue dove, separatamente per i ricoveri ordinari e per i day hospital, le attività di ricovero sono raggruppate per sede anatomica usando la classificazione nota come MDC (Major Disease Classification).

Con riferimento all'anno 2016, le malattie riconducibili alle malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio rappresentano il numero maggiore di ricoveri ordinari, seguite dalle patologie riconducibili alla gravidanza, parto e puerperio ed alle malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo.

Sul versante del day hospital sono le malattie e i disturbi mielo-proliferativi e neoplasie scarsamente differenziate che consumano il numero maggiore di accessi, seguite dalle malattie riconducibili ai disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario e dalle malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo.

MDC	Casi Ordinari	Accessi DH
01 – malattie e disturbi del sistema nervoso	11.206	5.884
02 – malattie e disturbi dell'occhio	604	3.355
03 – malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	2.549	8.045
04 – malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	13.445	3.292
05 – malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	25.293	12.348
06 – malattie e disturbi dell'apparato digerente	13.305	10.720
07 – malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	7.833	5.596
08 – malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	15.671	14.801
09 – malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	2.978	4.790
10 – malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	3.410	5.417
11 – malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	9.749	4.803
12 – malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	2.452	4.579
13 – malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	3.877	3.630
14 – gravidanza, parto e puerperio	19.663	4.656
15 – malattie e disturbi del periodo neonatale	15.314	471
16 – malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	2.075	17.563
17 – malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente	3.140	25.468



differenziate		
18 – malattie infettive e parassitarie(sistemiche o di sedi non specificate)	3.686	1.293
19 – malattie e disturbi mentali	3.448	3.469
20 – abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	125	6
21 – traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.258	1.765
22 – ustioni	75	8
23 – fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1.157	6.756
24 – traumatismi multipli rilevanti	198	1
25 – infezioni da h.i.v.	58	1.310
Altri DRG	878	538
<b>Totale complessivo</b>	<b>163.447</b>	<b>150.564</b>

Tra il 2012 e il 2016 la spesa sanitaria complessiva è aumentata in media annua dello 0,9%. Dopo una diminuzione dello 0,6% nel 2013 si sono registrati incrementi dell'1,7% nel 2014 e dell'1,3% nel 2015. La spesa sanitaria corrente nel 2016 è pari a 149.500 milioni di euro, in aumento dell'1,0% rispetto all'anno 2015, e la sua incidenza rispetto al PIL è dell'8,9%; vari osservatori ipotizzano che al 2050, in assenza di politiche correttive e di riequilibrio, la spesa sanitaria possa più che raddoppiare.

L'invecchiamento e la bassa natalità determinano un cambiamento nelle priorità del sistema sanitario, in virtù di dati epidemiologici che evidenziano come primarie le aree delle malattie cardiovascolari (prima causa di morte), dei tumori (prima causa di anni di vita potenziali persi), delle patologie dell'invecchiamento e dell'infanzia, diabete e malattie metaboliche. La forte correlazione del consumo sanitario con l'età del soggetto rileva innanzitutto in una prospettiva temporale, in ragione del processo di invecchiamento demografico. Infatti, il progressivo aumento dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da maggiori bisogni sanitari, potrebbe determinare, nei prossimi decenni, una significativa crescita della domanda di servizi sanitari, generando una pressione sulle risorse necessarie al loro finanziamento.

La suddetta correlazione rileva anche in un'ottica spaziale in quanto la medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, potrebbe tradursi in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento delle rispettive popolazioni. Una regione più "vecchia" sotto il profilo demografico dovrebbe spendere mediamente di più di una regione comparativamente più "giovane", a parità di ogni altra condizione, in quanto dovrà soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario.

Tuttavia, i differenziali di spesa sanitaria pro capite, rilevati a livello regionale, non riflettono solamente gli effetti indotti dalla diversa struttura demografica. È indubbio, infatti, che una parte importante di tali differenze sono dovute al diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari, alle caratteristiche quali-quantitative dell'offerta, alla propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del paese e, infine, al livello di risorse aggiuntive che la collettività locale ritiene di destinare al finanziamento della sanità pubblica, rispetto al fabbisogno standard.

Si riportano di seguito alcune tabelle di sintesi.

	Tasso di natalità			tasso di mortalità			tasso di nuzialità		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Cosenza	7,9	8	7,9	9,8	10,4	10,1	3,9	3,9	4,1
Catanzaro	8,3	8,2	8,4	9,6	10,2	9,7	4	4,1	4
Reggio di Calabria	8,7	8,7	8,3	10,1	10,6	9,9	4,2	4,3	4,8
Crotone	8,8	8,9	8,7	8,6	9,2	8,4	4,5	4,5	4,5
Vibo Valentia	8,4	7,9	7,8	9,7	10,2	9,7	4,1	4,3	5,3
Calabria	8,3	8,3	8,1	9,7	10,3	9,8	4	4,1	4,4
Italia	8,3	8	7,8	9,8	10,7	10,1	3,1	3,2	3,4

Tabella 1. Tassi di natalità, mortalità, nuzialità per provincia. Anni 2014-2016 (per 1.000 residenti) – Fonte: ISTAT



	Maschi						femmine						totale					
	alla nascita			a 65 anni			alla nascita			a 65 anni			alla nascita			a 65 anni		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Cosenza	79,6	79,8	80,1	18,8	18,6	19,1	84,5	84,2	84,6	22	21,8	22,1	82	81,9	82,3	20,4	20,2	20,6
Catanzaro	79,9	79,6	80,1	18,7	18,5	18,8	85	84,8	85,5	22,1	22,1	22,6	82,4	82,2	82,8	20,4	20,3	20,7
Reggio di Calabria	79,4	79,5	80	18,5	18,5	18,9	84,6	84,1	84,5	21,9	21,6	22,1	81,9	81,7	82,2	20,3	20	20,5
Crotone	79,2	79,2	80,2	18,6	18,6	19,1	84,4	83,9	84,2	22	21,2	22,1	81,8	81,5	82,1	20,3	19,9	20,6
Vibo Valentia	80,3	79,7	79,8	19,1	18,8	18,7	84,4	84,2	85,2	22,4	22,1	22,9	82,3	81,9	82,5	20,8	20,5	20,9
Calabria	79,6	79,6	80	18,7	18,6	18,9	84,6	84,3	84,7	22	21,7	22,2	82	81,9	82,3	20,4	20,1	20,6
Italia	80,3	80,1	80,6	18,9	18,7	19,1	85	84,6	85	22,3	21,9	22,3	82,6	82,3	82,8	20,6	20,3	20,7

Tabella 2. Speranza di vita (in anni) a diverse età per sesso e provincia di residenza. Anno 2016 – Fonte: ISTAT

	tumori		malattie del sistema circolatorio		malattie del sistema respiratorio		malattie dell'apparato		totale	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Cosenza	29,12	19,48	41,56	48,27	7,4	4,78	4,57	3,5	105,32	101,97
Catanzaro	28,11	17,15	41,29	47,37	7,75	6	3,85	3,05	104,36	98,77
Reggio di Calabria	30,65	21,14	40,4	48,05	8,97	5	3,62	3,56	106,77	104,84
Crotone	26,71	17,15	33,88	38,51	8,21	4,88	4,39	4,09	96,09	88,48
Vibo Valentia	29,28	18,06	39,37	45,68	7,48	4,97	4,36	2,79	105,02	99,49
Calabria	29,16	19,2	40,31	46,98	7,99	5,09	4,14	3,43	104,7	100,81
Italia	33,6	25,34	34,75	43,46	8,62	7,34	3,84	3,78	103,47	107,97

Tabella 3. Quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) Anno 2015

	mortalità evitabile totale		mortalità evitabile trattabile		mortalità evitabile prevenibile	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Cosenza	26,78	14,88	14,31	10,78	19,56	10,33
Catanzaro	26,92	13	14,88	9,82	20,04	8,89
Reggio di Calabria	26,87	14,58	14,42	10,9	20,17	9,59
Crotone	28,35	13,74	15,09	10,2	21,74	8,96
Vibo Valentia	25,31	14,76	13	11,24	19,51	10,61
Calabria	26,8	14,35	14,38	10,64	19,98	9,76
Italia	24,3	13,91	11,71	9,29	19,33	10,54

Tabella 4. Mortalità evitabile totale (TD), di cui trattabile (AD) o prevenibile (PD) – Giorni perduti std pro-capite - Elaborazione Nebo Ricerche PA su dati Istat 2012-2014 –

	abitanti in buona salute	abitanti con almeno una malattia cronica	abitanti con almeno due malattie croniche
Calabria	62,1	37,8	22,7
Sud	69,1	36,8	20,7
Italia	70,1	39,1	20,7

Tabella 5. Percentuale di abitanti in buona salute, abitanti con una patologia cronica, abitanti con due patologie croniche. Anno 2017 - Fonte ISTAT –

### B.1.a2 Quadro demografico

La Calabria si estende su una superficie di 15.080,27 Km<sup>2</sup>, con una netta prevalenza di territori montani e collinari, soltanto un decimo della superficie è pianeggiante.

La popolazione residente al 1 gennaio 2017 ammontava a 1.965.128

	2014	2015	2016	2017
Cosenza	719.345	717.535	714.400	711.739
Catanzaro	363.979	363.707	363.057	362.343
Reggio di Calabria	559.759	557.993	555.836	553.861
Crotone	174.068	174.328	174.712	175.566
Vibo Valentia	163.382	163.068	162.516	161.619
Calabria	1.980.533	1.976.631	1.970.521	1.965.128
Italia	60.782.668	60.795.612	60.665.551	60.589.445

Tabella 6. Popolazione residente in Calabria per Provincia – Dati Istat



La distribuzione della popolazione residente per provincia attribuisce ai comuni di Cosenza 711.739 abitanti (il 36,22 % del totale), a quelli di Reggio Calabria 553.861 abitanti (il 28,18%), a Catanzaro 362.343 (il 18,44%), a Crotona 175.566 (8,93%) ed a Vibo Valentia 161.619 (8,22%).

Un terzo della popolazione calabrese risiede nei 324 comuni al di sotto di 5.000 abitanti, che rappresentano il 79,2 % dei comuni totali e il 66,0 % della superficie territoriale. Negli stessi comuni si registra una densità pari a 67 abitanti per Km<sup>2</sup>, che per quelli di ampiezza demografica inferiore (fino a mille abitanti) si attesta a 34 ab. X Km<sup>2</sup>.

I centri abitati più consistenti sono pochi (35 comuni al di sopra dei 10.000 abitanti): assorbono la metà circa della popolazione calabrese ed un quinto del territorio. Un solo comune, Reggio Calabria, conta più di 100.000 residenti.

In numeri assoluti, la Calabria passa da una popolazione di 1.980.533 residenti a 1.965.128. Rispetto al 2014 la popolazione complessiva è diminuita di oltre 15.405 unità. La Calabria recupera in parte con l'immigrazione dall'estero (con 4,8 neocittadini ogni mille residenti è in linea con la media nazionale, ma supera quella del Mezzogiorno, ferma a 3,5), ma il saldo migratorio totale resta negativo.

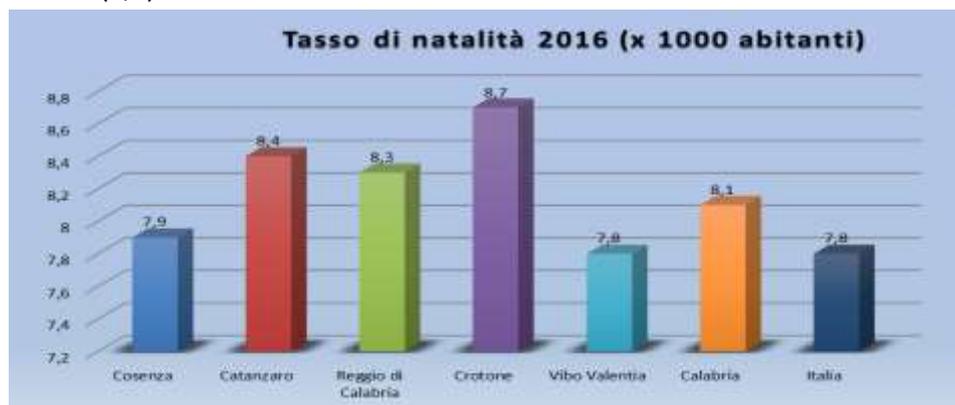
Se i flussi migratori dall'estero segnano un + 5.100, in termini di nuovi residenti, il saldo delle migrazioni interne è negativo: -7.200. Per dirla con le parole dell'Istat, in Calabria «la perdita netta di residenti per migrazioni interregionali è maggiore del contributo positivo delle migrazioni con l'estero».

Il tasso di fecondità (il numero medio di figli per donna) in Calabria è pari a 1,29 contro la media nazionale di 1,34. Un dato che non assicura il ricambio delle generazioni. «Una regione con tassi così bassi difficilmente riuscirà in futuro a recuperare». Secondo le proiezioni Istat, da qui al 2065 la popolazione calabrese scenderà a 1 milione 500mila abitanti. Cala l'indice di fecondità e invecchia la popolazione. Il numero degli anziani (65 anni e più) risulta quasi pari al doppio del numero dei giovani (0-14 anni). Occorrerà quindi incentivare il ricambio generazionale attraverso sostegni economici e di servizio per la prima infanzia, e occorrerà implementare i servizi residenziali e di assistenza socio-sanitaria nonché i sostegni economici per gli anziani e per chi se ne cura.

Età	2017		2016		2015	
0-5 anni	99417	5%	100928	5%	102624	5%
6-14 anni	165842	8%	167531	9%	169502	9%
15-24 anni	213350	11%	217792	11%	222451	11%
25-40 anni	409128	21%	415727	21%	421200	21%
41-60 anni	568993	29%	568303	29%	566930	29%
61-75 anni	315420	16%	310669	16%	306456	16%
75+	192978	10%	189571	10%	187468	9%
<b>totale</b>	<b>1965128</b>	<b>100%</b>	<b>1970521</b>	<b>100%</b>	<b>1976631</b>	<b>100%</b>

Tabella 7. Popolazione Residente per classi di età: valori assoluti e percentuali per fasce di età

La natalità è diversa nelle varie province della regione, con un minimo a Vibo Valentia (7,8), ed un massimo a Crotona (8,7).



Dati Istat



L'aumento della popolazione ultra sessantacinquenne è invece prevalentemente da attribuire all'allungamento della vita media. Dal 2014 al 2016 la speranza di vita alla nascita è passata nella nostra regione da 79,6 a 80 anni per i maschi, e da 84,6 a 84,7 anni per le femmine.

Dal punto di vista territoriale, al 1° gennaio 2017, le province di Cosenza e di Catanzaro presentano i valori più elevati dell'indice di invecchiamento (% di popolazione oltre sessantacinque anni), mentre le province di Crotona e Reggio Calabria si collocano all'estremo opposto.

Anche la speranza di vita alla nascita vede una importante variabilità territoriale, che (secondo i dati riferiti all'anno 2016) colloca le province di Crotona e Reggio Calabria ai valori minimi della scala in entrambi i sessi e la provincia di Catanzaro invece ai livelli superiori sia nei maschi che nelle femmine.

	2015	2016	2017
Cosenza	158,5	162,8	167
Catanzaro	151,4	155,8	160
Reggio di Calabria	140,9	143,9	147,7
Crotona	119,2	122,9	127,2
Vibo Valentia	143,6	148,1	153,7
Calabria	146,9	150,8	155
Italia	157,7	161,4	165,3

Tabella 8. Indice di vecchiaia (valori percentuali) al 1° gennaio – Dati Istat

### B.1.a3 Quadro socio-economico

La regione Calabria presenta un quadro economico, sociale e strutturale caratterizzato da fortissime difficoltà. Alla irrisolta condizione di ritardo strutturale della regione si sono aggiunti, negli ultimi anni, gli effetti gravissimi della crisi economica.

Fra il 2006 e il 2011 (ultimo anno per il quale l'ISTAT rende disponibili i dati di contabilità regionale), il prodotto interno lordo della Calabria si è ridotto, in termini reali, del 6% (2,9% nella media nazionale). La diminuzione del prodotto per abitante è stata del 6,5% (5,8% nella media nazionale).

Nel 2010 (ultimo anno, purtroppo, per il quale sono disponibili dati per queste variabili), consumi ed investimenti risultavano anch'essi in calo sensibile rispetto agli anni precedenti.

I dati disponibili più recenti non sembrano invertire queste tendenze. Nel 2012, secondo le stime Prometeia – Unioncamere, consumi (-4,6%) ed investimenti (-8,7%) risultavano anch'essi in calo sensibile rispetto agli anni precedenti. Il PIL a prezzi costanti è nello stesso anno diminuito del 3,7%, più di quanto visto per il Mezzogiorno (-3,2%) e per l'Italia. Anche il rapporto regionale della Banca d'Italia sostiene che nel 2012 l'attività economica regionale abbia subito un ulteriore calo in tutti i principali settori.

Fra il 2000 e il 2010, secondo le statistiche di Eurostat, il PIL per abitante della Calabria si è ridotto dal 72% al 65% della media comunitaria; la Calabria è quindi passata dal 201° al 218° posto (su 267 regioni rilevate) nella graduatoria delle regioni dell'Unione Europea rispetto a questo indicatore.

La situazione del lavoro e dell'occupazione in Calabria è probabilmente l'epicentro di queste difficoltà del sistema regionale. Il tasso di occupazione giovanile calabrese (15-29 anni) è pari 16,7 punti percentuali rispetto il dato nazionale pari a 30,3 mentre per la fascia di età (15 anni e più) è pari a 31,7 punti percentuali rispetto il dato nazionale pari a 44,2.

	15-29 anni			15 anni e più		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Cosenza	22,3	12,9	17,7	42,2	22,7	32,2
Catanzaro	25,3	15,2	20,4	44,4	23,8	33,7
Reggio di Calabria	13,2	10,8	12,0	36,5	22,6	29,3
Crotona	27,8	5,5	17,3	44,7	18,9	31,6
Vibo Valentia	24,6	14,0	19,5	42,1	26,0	33,9
Calabria	21,0	12,1	16,7	41,2	22,8	31,7
Italia	34,4	25,9	30,3	53,2	35,9	44,2

Tabella 9. Tasso Occupazione giovanile e totale per provincia – Dati Istat



Nel 2017, il tasso di disoccupazione giovanile è distante dal dato nazionale di 22,2 punti percentuali (48,9% contro 26,7 %), mentre il tasso di disoccupazione totale è distante dal dato nazionale di 10,4 punti percentuali (21,6 % contro 11,2 %).

	Giovani			Totale		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Cosenza	46,5	50,1	47,9	19,2	24,3	21,2
Catanzaro	32,1	49,1	39,5	16,0	24,8	19,4
Reggio di Calabria	58,1	56,6	57,5	22,9	21,2	22,2
Crotone	44,2	80,2	56,3	24,0	38,2	29,0
Vibo Valentia	35,9	41,1	37,8	18,2	17,6	18,0
Calabria	45,5	54,0	48,9	20,0	24,2	21,6
Italia	25,3	28,6	26,7	10,3	12,4	11,2

Tabella 10. Tasso disoccupazione, Giovanile e Totale per provincia di residenza 2017 – Dati Istat

Con l'aggravarsi della crisi economica, il deterioramento del tessuto produttivo e la conseguente caduta della domanda di lavoro hanno provocato una imponente riduzione dell'occupazione, crisi e ritardo strutturale colpiscono con maggiore intensità giovani e donne.

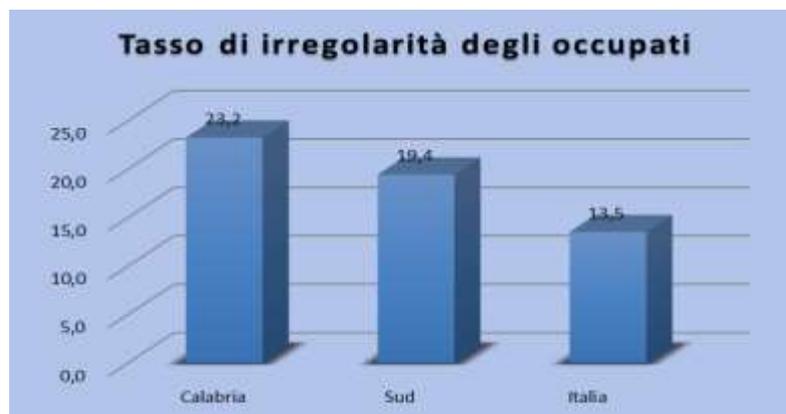


Tabella 11. Tasso di irregolarità degli occupati (per 100 occupati) – Dati Istat

I numeri della crisi e del ritardo strutturale si accompagnano all'osservazione di un alto tasso di povertà e di deprivazione materiale, con un'alta incidenza di soggetti in stato di disagio sociale che hanno difficoltà di accesso ai servizi di cittadinanza. Nel 2012, il 27,4% delle famiglie calabresi si colloca al di sotto della soglia di povertà, situando la regione al terzo posto, dopo la Sicilia e la Puglia, tra le regioni italiane con il maggiore indice di povertà. Relativamente all'indice di deprivazione materiale, rispetto a una media europea dell'8,8% e nazionale dell'11,1%, in Calabria si assiste ad un peggioramento particolarmente marcato dell'indicatore, che nel biennio 2015 -2016 aumenta da 1,4 punti percentuali a 1,7 nel 2016.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var.% 15/16
Cosenza	15.023,00 €	15.311,00 €	13.772,00 €	13.513,00 €	13.243,00 €	13.611,00 €	13.813,00 €	1,5
Catanzaro	16.181,00 €	17.133,00 €	16.826,00 €	16.389,00 €	16.493,00 €	16.729,00 €	17.002,00 €	1,6
Reggio Calabria	14.717,00 €	14.324,00 €	15.966,00 €	15.824,00 €	15.612,00 €	16.125,00 €	16.333,00 €	1,3
Crotone	15.672,00 €	15.550,00 €	14.693,00 €	14.341,00 €	13.940,00 €	13.826,00 €	13.976,00 €	1,1
Vibo Valentia	13.728,00 €	13.810,00 €	13.443,00 €	13.207,00 €	13.248,00 €	13.398,00 €	13.631,00 €	1,7
Calabria	15.098,00 €	15.264,00 €	15.003,00 €	14.740,00 €	14.571,00 €	14.896,00 €	15.111,00 €	1,4
Italia	24.347,00 €	24.762,00 €	24.320,00 €	23.975,00 €	23.959,00 €	24.266,00 €	24.685,00 €	1,7

Tabella 12. Valore aggiunto pro capite province, Calabria e Italia. Anni 2010-2016 – Valori assoluti in euro, variazioni percentuali

Fonte: Elaborazione Demoskopika su Istat e Unioncamere – Fondazione Istituto Guglielmo Tagliacarne



Questa situazione va purtroppo letta all'interno di un contesto di problematicità strutturali drammatiche nel settore sociale. Il livello di spesa annua destinata dai Comuni agli interventi e ai servizi sociali è di 25,5 euro pro capite rispetto a una media nazionale pari a 115,9 euro. La bassa organizzazione dei servizi pubblici pregiudica un'efficace attuazione della strategia di inclusione sociale attiva. È modesto il livello di collaborazione e di rete tra le realtà del privato-sociale. La partecipazione civica è ridotta e l'utilizzo di strumenti di innovazione sociale insufficiente.

Come elemento potente di disarticolazione della coesione sociale e di freno allo sviluppo, rimane infine inalterata la pericolosità delle organizzazioni criminali mafiose in Calabria, nonostante i successi registrati nell'azione di contrasto e l'adozione di strumenti di estrema rilevanza come il sequestro e la confisca dei beni appartenenti alle organizzazioni criminali. Sotto altri aspetti relativi a illegalità e insicurezza, gli indicatori della banca dati ISTAT-DPS danno peraltro un'immagine più favorevole della regione, ad esempio per quanto riguarda la criminalità diffusa, la microcriminalità nelle città e la percezione delle famiglie del rischio di criminalità nella zona in cui vivono.

Sul versante opposto, segnali positivi in termini di costruzione di capitale sociale provengono invece dalla diffusione dei fenomeni di associazionismo e volontariato, con una crescita rilevante che si registra nell'ultimo quindicennio del numero di organizzazioni (oltre 1.500 nel 2010) dedite alla promozione della cittadinanza attiva e del volontariato. Questo a fronte di un valore quantitativamente ancora ridotto della capacità di sviluppo dei servizi sociali, misurato nella banca dati degli indicatori del DPS come la percentuale di persone di 14 anni e più che hanno svolto volontariato sul totale della popolazione corrispondente.

La grave situazione del mercato del lavoro trova naturalmente le sue radici nelle condizioni del sistema economico calabrese, la cui flessione produttiva negli ultimi anni è significativa e che è lontano dal risolvere i suoi ritardi strutturali rispetto alla densità e all'articolazione settoriale del sistema produttivo, alla produttività, all'intensità dei processi di investimento, all'apertura internazionale.

Il sistema produttivo regionale, infatti, soffre di un basso livello di produttività, ascrivibile prevalentemente alla sottodotazione del capitale aziendale, alla modesta dimensione delle imprese e al basso livello di innovazione. Con riferimento alla produttività del lavoro nell'industria manifatturiera, la Calabria si posiziona nel 2010 all'ultimo posto nella graduatoria delle regioni italiane, registrando un valore pari 31,8 migliaia di euro per addetto, inferiore sia al dato medio delle regioni dell'Obiettivo Convergenza (40,4 migliaia di euro) che a quello medio nazionale (52,4 migliaia di euro).

La situazione di fragilità e scarsa produttività del sistema economico calabrese è determinata anche dalla sua sfavorevole articolazione settoriale. In Calabria, il valore aggiunto dell'industria manifatturiera – peraltro incentrata su attività produttive tradizionali, sensibili alla concorrenza internazionale soprattutto da parte dei paesi asiatici di nuova industrializzazione ed orientate prevalentemente alla domanda locale – rappresenta il 5,2% del totale (nel 2010). Questo valore è del 16,1% nella media nazionale. I servizi contano complessivamente per l'82,2% del valore aggiunto (anno 2011) contro il 73,3% in Italia. Specificamente, il valore aggiunto dei servizi pubblici è pari al 34,4% del totale, contro il 20,6% nella media italiana. Il sistema economico calabrese continua dunque ad essere caratterizzato da una sfavorevole specializzazione terziaria e da un peso eccessivo, rispetto all'efficienza ed alla produttività del sistema, dei servizi pubblici.

In un sistema produttivo caratterizzato da ritardi strutturali così evidenti, anche i processi di ricerca e sviluppo appaiono oggettivamente frenati (in un contesto nazionale che, da questo punto di vista, è complessivamente molto arretrato). L'incidenza della spesa effettuata dalle imprese calabresi, sia pubbliche che private, si è attestata, nel 2010, attorno allo 0,03% del PIL regionale (0,7% nella media nazionale), senza apprezzabili variazioni rispetto ai livelli registrati negli anni precedenti. La spesa media regionale per innovazione, per addetto, è di 1,9 migliaia di euro (4 nella media nazionale). Sempre nel 2010, l'incidenza della spesa pubblica per ricerca e sviluppo non è molto distante dalla media nazionale



(0,43% contro 0,54% del PIL). La spesa complessiva per R&S nella regione è pari allo 0,5 circa per cento del PIL regionale ed è stazionaria negli ultimi anni. Questo colloca la Calabria si colloca all'ultimo posto nella graduatoria delle regioni italiane.

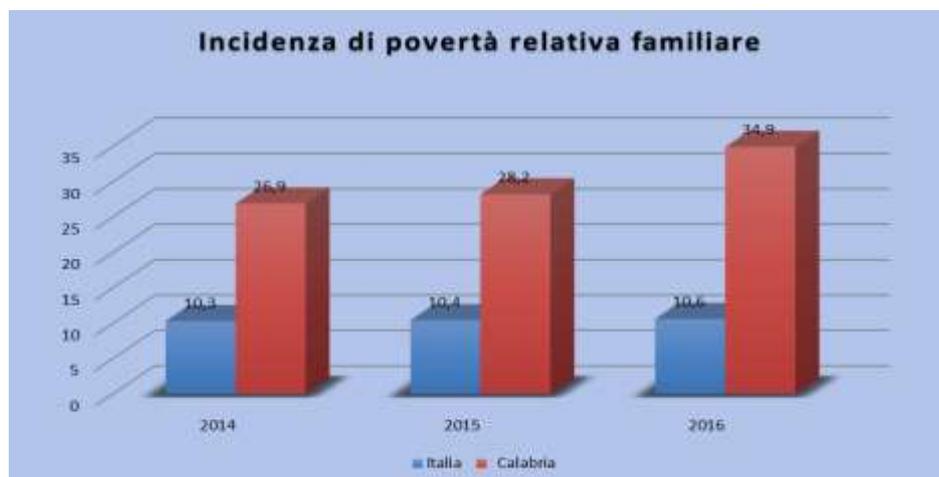


Tabella 13. Incidenza di povertà relativa familiare (% di famiglie in povertà relativa) – Dati Istat

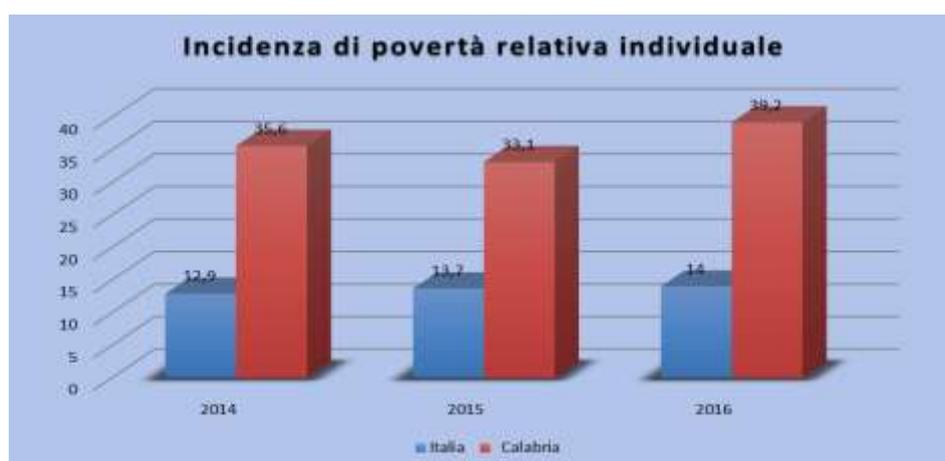


Tabella 14. Incidenza di povertà relativa individuale (% di persone che vivono in famiglie in povertà relativa sui residenti) – Dati Istat

#### B.1.a4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso

Al fine di valutare l'entità e la tipologia della domanda espressa dall'utenza, si riportano di seguito i tassi di ospedalizzazione per provincia dei ricoveri erogati dai presidi ospedalieri regionali in favore dei residenti in Calabria.

	Totale Ricoveri	Tasso di ospedalizzazione
Cosenza	73746,0	103,2
Catanzaro	44691,0	123,1
Reggio Calabria	56589,0	101,8
Crotone	23876,0	136,7
Vibo Valentia	18310,0	112,7
Calabria	217212,0	110,2

Tabella 15. TO per provincia dei ricoveri erogati dai presidi ospedalieri regionali in favore dei residenti in Calabria (ogni 1.000 abitanti)  
Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

Si osserva un tasso di ospedalizzazione, che passa da 136,7 ricoveri ogni 1.000 abitanti per la Provincia di Crotone a 101,8 ricoveri ogni 1.000 abitanti per la provincia di Reggio Calabria. L'analisi territoriale dei tassi indica comunque che alcune aree presentano una domanda di ricovero più elevata



ed altre meno elevata. Ai fini delle valutazioni di merito è bene ricordare che i tassi e le tabelle qui presentati/e si riferiscono ai soli cittadini calabresi.

La geografia dei ricoveri cambia in maniera rilevante quando si distingue la tipologia di ricovero (acuto – ordinario e day hospital, riabilitativo – ordinario e day hospital, o in lungodegenza), come si evince dalle figure che seguono. Naturalmente l'analisi può essere ulteriormente approfondita in tante direzioni: come indicazione dei possibili sviluppi, a solo titolo di esempio viene riportata la differente distribuzione geografica dei ricoveri ordinari acuti di tipo medico e dei ricoveri in DH.

	RO Acuti	Ricoveri DH Acuti	Ricoveri Acuti Totale	TO RO Acuti	TO Ricoveri DH Acuti	TO Totale Ricoveri Acuti
Cosenza	53.206	16.401	69.607	74,5	23,0	97,4
Catanzaro	16.179	6.409	22.588	92,6	36,7	129,3
Reggio Calabria	31.701	11.341	43.042	87,3	31,2	118,6
Crotone	13.876	3.655	17.531	85,4	22,5	107,9
Vibo Valentia	42.958	11.678	54.636	77,3	21,0	98,3
Calabria	157.920	49.484	207.404	80,1	25,1	105,3

Tabella 16. TO per provincia dei ricoveri per acuti erogati dalle aziende, pubbliche e private del SSR in favore dei residenti in Calabria (ogni 1.000 abitanti)

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

	RO riabilitazione	Ricoveri DH riabilitazione	Ricoveri riabilitazione Totale	TO RO riabilitazione	TO Ricoveri DH riabilitazione	TO Totale riabilitazione Acuti
Cosenza	2.835	253	3.088	4,0	0,4	4,3
Catanzaro	1.103	261	1.364	3,0	0,7	3,8
Reggio Calabria	1.404	80	1.484	2,5	0,1	2,7
Crotone	816	319	1.135	4,7	1,8	6,5
Vibo Valentia	515	40	555	3,2	0,2	3,4
Calabria	6.673	953	7.626	3,4	0,5	3,9

Tabella 17. TO per provincia dei ricoveri per acuti erogati dalle aziende, pubbliche e private del SSR in favore dei residenti in Calabria (ogni 1.000 abitanti)

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

	Ricoveri mobilità passiva	Totale produzione interna	Totale ricoveri residenti	TO mobilità passiva	TO produzione interna	TO residenti calabrese
Cosenza	23.157	73.746	96.903	32,4	103,2	135,6
Catanzaro	7.671	44.691	52.362	21,1	123,1	144,2
Reggio Calabria	17.686	56.589	74.275	31,8	101,8	133,6
Crotone	4.880	23.876	28.756	27,9	136,7	164,6
Vibo Valentia	4.553	18.310	22.863	28,0	112,7	140,7
Calabria	57.947	217.212	275.159	29,4	110,2	139,6

Tabella 18. Tasso di ospedalizzazione per provincia dei ricoveri erogati in favore dei residenti in Calabria (ogni 1.000 abitanti)

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

Se anziché valutare la domanda di prestazioni in termini di volumi (o tassi) di attività si vuole esaminare qualche altra caratteristica dei ricoveri usufruiti dai cittadini calabresi, sempre in via esemplificativa può essere utile esaminare la durata media della degenza, variabile che tipicamente è associata sia alla complessità (o gravità) delle prestazioni erogate che all'efficienza operativa delle Strutture.

La distribuzione delle strutture sanitarie sul territorio indica che l'offerta di servizi ha una distribuzione geografica che risulta omogenea con la concentrazione di popolazione: si notano infatti una minor presenza di presidi nelle fasce montana a nord e pianeggiante a sud, ed una concentrazione più elevata di strutture nell'area centrale della regione dove risiede la maggioranza della popolazione. In quest'area si rileva anche la presenza degli ospedali di maggiori dimensioni solitamente posizionati all'interno o nell'immediata adiacenza delle città.

**Posti letto ordinari accreditati**

L'offerta accreditata di posti letto di ricovero nella nostra regione presenta le caratteristiche di dinamicità evidenziate dalle tabelle che seguono. Si osserva innanzitutto una complessiva e graduale riduzione dell'indice di posti letto ordinari accreditati per mille abitanti, in linea con il trend di evoluzione dei sistemi sanitari europei.

	PL 2015						
	DH		DS		ORDINARI		TOTALI
Ospedali pubblici	485	72%	182	71%	3136	65%	3803
IRCCS pubblici	0	0%	0	0%	59	1%	59
<b>Totale Pubblico</b>	<b>485</b>	<b>72%</b>	<b>182</b>	<b>71%</b>	<b>3195</b>	<b>66%</b>	<b>3862</b>
Case di cura	188	28%	75	29%	1636	34%	1899
<b>Totale</b>	<b>673</b>		<b>257</b>		<b>4831</b>		<b>5761</b>
P.L. / 1.000 ab	0,3		0,1		2,4		2,9

Tabella 19. Posti letto accreditati anno 2016

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

	PROGRAMMAZIONE DCA 64/2016						
	DH		DS		ORDINARI		TOTALI
Ospedali pubblici	374	80%	293	76%	3872	69%	4539
IRCCS pubblici	0	0%	0	0%	59	1%	59
<b>Totale Pubblico</b>	<b>374</b>	<b>80%</b>	<b>293</b>	<b>76%</b>	<b>3931</b>	<b>70%</b>	<b>4598</b>
Case di cura	95	20%	92	24%	1719	30%	1906
<b>Totale</b>	<b>469</b>		<b>385</b>		<b>5650</b>		<b>6504</b>
P.L. / 1.000 ab	0,2		0,2		2,9		3,3

Tabella 20: Posti letto accreditati programmazione DCA n.64/2016

Fonte: DCA 64 del 2016 Regione Calabria

La tabella che segue riporta l'andamento dei posti letto ordinari e dei posti letto in day hospital accreditati effettivi anno 2016 per tipologia.

		PI 2016					
		pl Acuzie	pl A/ 1000 ab	pl Post Acuzie	pl PA/ 1000 ab	pl Totali	pl T/ 1000 ab
Cosenza	Pubblico	1234	1,73	52	0,07	1286	1,81
	Privato	339	0,48	299	0,42	638	0,90
	<b>Totale</b>	<b>1573</b>	<b>2,21</b>	<b>351</b>	<b>0,49</b>	<b>1924</b>	<b>2,70</b>
Catanzaro	Pubblico	1036	2,86	28	0,08	1064	2,94
	Privato	233	0,64	142	0,39	375	1,03
	<b>Totale</b>	<b>1269</b>	<b>3,50</b>	<b>170</b>	<b>0,47</b>	<b>1439</b>	<b>3,97</b>
Reggio di Calabria	Pubblico	941	1,70	80	0,14	1021	1,84
	Privato	337	0,61	185	0,33	522	0,94
	<b>Totale</b>	<b>1278</b>	<b>2,31</b>	<b>265</b>	<b>0,48</b>	<b>1543</b>	<b>2,79</b>
Crotone	Pubblico	284	1,62	0	0,00	284	1,62
	Privato	107	0,61	190	1,08	297	1,69
	<b>Totale</b>	<b>391</b>	<b>2,23</b>	<b>190</b>	<b>1,08</b>	<b>581</b>	<b>3,31</b>
Vibo Valentia	Pubblico	196	1,21	10	0,06	206	1,27
	Privato	22	0,14	30	0,19	52	0,32
	<b>Totale</b>	<b>218</b>	<b>1,35</b>	<b>40</b>	<b>0,25</b>	<b>258</b>	<b>1,60</b>
Calabria	Pubblico	3691	1,88	170	0,09	3861	1,96
	Privato	1038	0,53	846	0,43	1884	0,96
	<b>Totale</b>	<b>4729</b>	<b>2,41</b>	<b>1016</b>	<b>0,52</b>	<b>5745</b>	<b>2,92</b>

Tabella 21: Posti letto accreditati effettivi anno 2016 per tipologia

Fonte: DCA 64 del 2016 Regione Calabria



In considerazione della sua rilevanza programmatoria può risultare di interesse una descrizione dell'offerta di posti letto attraverso il criterio dell'emergenza-urgenza. La tabella che segue riporta il numero di strutture ed il numero medio annuo (con riferimento al 2016) di posti letto ordinari e di day hospital attivi in funzione della tipologia di struttura (MCAE: Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza; PS: strutture con Pronto Soccorso; PS: strutture con Pronto Soccorso e OBI; PPI: punti di primo intervento).

	PL 2016			DCA 64/2016		
	n° presidi	PL Ordinari	PL DH	n° presidi	PL Ordinari	PL DH
MCAE	1	10	0	11	114	0
Pronto Soccorso	5	0	0	5	0	0
Pronto Soccorso OBI	6	0	0	6	0	0
PPI	12	0	0	12	0	0
Totale	24	10	0	34	114	0

Tabella 22. Strutture Emergenza-Urgenza – Fonte: DCA 64 del 2016 Regione Calabria

### **Indicatori di attività**

A completamento delle caratteristiche dell'offerta ospedaliera vengono di seguito riportati alcuni indicatori dell'attività svolta dalle strutture di ricovero in Regione Calabria con riferimento all'anno 2016.

La prima tabella presenta i classici indicatori di efficienza delle strutture ospedaliere per quanto riguarda sia i ricoveri ordinari che i ricoveri in day hospital (percentuale di tasso di occupazione dei posti letto, indice di rotazione dei posti letto, intervallo di turn-over), mentre la tabella successiva descrive alcune caratteristiche dei ricoveri effettuati.

	ORDINARI			DH
	tasso occupazione pl	indice rotazione	intervallo turn over	tasso occupazione pl
Ospedali AO	92%	47	0,7	97%
Ospedali ASP	66%	38	3,2	61%
Totale Ospedali pubblici	78%	42	1,9	78%
IRCCS pubblici	68%	18	6,3	0%
Totale Pubblico	78%	42	2,0	78%
Case di cura	56%	19	8,5	35%
Totale	70%	34	3,2	66%

Tabella 23. Indicatori di efficienza strutture ospedaliere

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

	casi DH	accessi	ricoveri	giornate di degenza	degenza media
Ospedali AO	22332	78940	67095	475576	7,09
Ospedali ASP	16795	58720	65133	414774	6,37
Totale Ospedali pubblici	39127	137660	132228	890350	6,73
IRCCS pubbl.	0	0	1077	14724	13,67
Totale Pubblico	39127	137660	133305	905074	6,79
Case di cura	10134	24177	31176	331438	10,63
Totale	49261	161837	164481	1236512	7,52

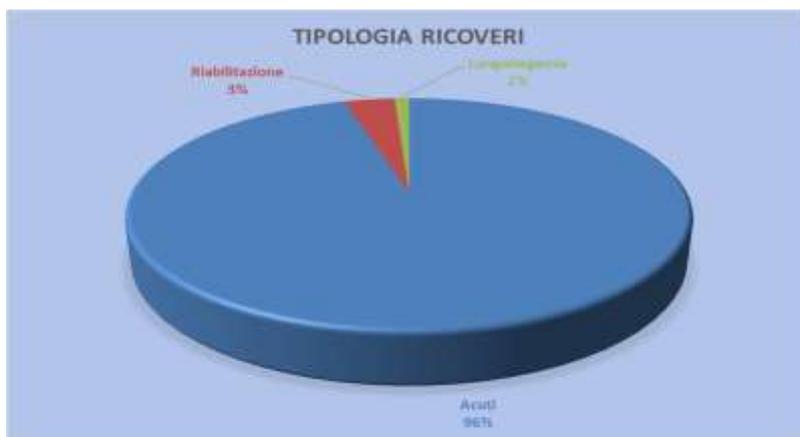
Tabella 24. Casi, ricoveri e degenza media

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

**Tasso Occupazione pl:** Indica la percentuale media dei posti letto occupati al giorno;

**Indice Rotazione:** Misura il numero dei pazienti che in un anno occupano un posto letto, per cui si ha valenza positiva se esso aumenta e negativa se diminuisce;

**Intervallo Turn Over:** Misura il tempo medio (in giorni) tra le dimissioni di un paziente e la successiva ammissione di un altro, cioè il tempo medio, durante il quale resta inutilizzato un PL;



Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

Il Sistema Sanitario Italiano è un sistema ad orientamento universalistico e garantisce a tutti i cittadini, senza distinzioni di reddito, di ceto e di stato di salute, l'assistenza sanitaria.

Con il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale – Supplemento n.15, sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel corso degli ultimi anni l'invecchiamento della popolazione ed una fortissima espansione dell'offerta di nuova tecnologia ha indotto un aumento della richiesta di prestazioni sanitarie con la conseguente tendenza ad un aumento dei costi superiore al livello di incremento degli stanziamenti relativi al fondo sanitario nazionale. Il monitoraggio, la verifica ed il controllo dell'appropriatezza clinica sono diventati quindi essenziali per il governo del sistema.

Con il DCA 64/2016 avente ad oggetto " P.O. 2016-2018 – Intervento 2.1.1. – Riorganizzazione delle reti assistenziali – Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016", si è reso necessario una riprogettazione organizzativa assistenziale come già previsto dal Piano di Rientro (punto 6 della DRG 585/2009), finalizzata allo sviluppo progressivo di risposte che privilegino altri livelli assistenziali sia presso l'ospedale (l'osservazione breve, il day service, i percorsi ambulatoriali complessi nei day service, le prestazioni ambulatoriali) sia in sede territoriale (strutture residenziali e semiresidenziali, case della salute), ed infine, presso il domicilio del paziente (vari tipi di assistenza domiciliare, sulla base di quanto previsto dal documento della Commissione LEA del 2006 sulla caratterizzazione delle cure domiciliari). Con DPGR n. 5/2014 sono stati definiti i criteri di appropriatezza per le prestazioni ospedaliere relativamente ai DRG di cui agli allegati A e B del Patto della Salute 2010-2012, prevedendo, pertanto, il raggiungimento dell'obiettivo per le Aziende ospedaliere, per i presidi a gestione diretta, per l'INRCA e per tutte le strutture private accreditate, della riduzione di ricoveri in regime ordinario e del trasferimento degli stessi in parte in ricoveri diurni (per prestazioni chirurgiche) e in parte in prestazioni ambulatoriali e territoriali.

L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza, che rappresenta anche un importante problema etico, se si considera che per il cittadino svantaggiato è più difficile trovare altri canali per la risposta al proprio bisogno (problema di equità) e che conseguentemente tempi troppo lunghi di erogazione di una prestazione possono costituire di fatto un forte ostacolo per l'accesso ai servizi.

La gestione delle necessità di accompagnamento e delle valutazioni cliniche dei cittadini, deve trovare un preciso punto di riferimento nel Medico di Medicina Generale, nonché nel Pediatra di Libera Scelta.



Al fine di potenziare l'orientamento al cittadino nel soddisfacimento dei suoi bisogni sanitari, dovranno essere messi a disposizione tutti gli strumenti che favoriscano l'accesso diretto ai servizi sanitari e l'utilizzo dei servizi di telemedicina e tele diagnostica.

Il CUP Regionale, integrato nel Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR), consente già oggi agli utenti di prenotare direttamente tutte le prestazioni specialistiche di I e II livello e degli esami diagnostici presso le strutture sanitarie coinvolte (sia pubbliche che private), evitando inutili e fastidiose attese/file agli sportelli.

Il sistema SEC (o progetto SEC-SISR), approvato con Delibera di Giunta Regionale 412 del 09/07/2009, dà attuazione al processo di riordino dell'organizzazione e delle attività sanitarie promosso dalla Regione Calabria a partire dal 2008, introducendo l'innovazione digitale nel complesso delle procedure e dei flussi informativi tra le strutture sanitarie (in particolare Regione e Aziende).

Il progetto SEC-SISR:

- supporta il processo di risanamento del debito e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, dettato dal Piano di Rientro regionale;
- armonizza i sistemi contabili e i processi di gestione delle risorse umane delle Aziende Sanitarie, al fine di agevolare i flussi verso la Regione;
- promuove il raccordo dei sistemi di governo ed erogazione dei servizi socio-sanitari tra i diversi attori coinvolti (Regione e Aziende Sanitarie), superando i limiti di un patrimonio applicativo ed informatico che risultava fortemente disomogeneo in termini di copertura informatica, tecnologie utilizzate e grado di raccordo con i sistemi di rilevazione amministrativi.

Il supporto è fornito sia al Dipartimento Salute della Regione Calabria nell'espletamento di tutte le attività che attengono l'esercizio delle proprie competenze, ivi incluse le attività di monitoraggio e verifica del rispetto degli obiettivi di rientro stabiliti con il Piano che alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Calabria per lo svolgimento di tutte le attività che attengono il funzionamento dell'apparato amministrativo-contabile e di governo, nonché il rispetto dei vincoli organizzativi, gestionali e finanziari fissati dagli obiettivi programmatici regionali e dalla normativa di riferimento.

### ***B.1.a5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale)***

Il fenomeno della mobilità sanitaria si presenta come un fenomeno sempre più forte, le cause principali vanno ricercate nella limitata dotazione di posti letto ma soprattutto nell'insufficiente qualità clinico – gestionale. In molti casi queste cause si combinano tra loro e rendono necessari interventi sia tecnici per migliorare la qualità del servizio sanitario che regolatori.

La mobilità passiva (residenti in Calabria ricoverati in altre regioni), è pari in valori percentuali al 21%, mentre il dato relativo ai ricoveri dei residenti in Regione corrisponde al 79%.

	Ricoveri residenti in Regione	Ricoveri fuori Regione residenti	Totale ricoveri
Cosenza	73.746	23.157	96.903
Catanzaro	44.691	7.671	52.362
Reggio Calabria	56.589	17.686	74.275
Crotone	23.876	4.880	28.756
Vibo Valentia	18.310	4.553	22.863
Calabria	217.212	57.947	275.159

Tabella 1. Ricoveri dei residenti in Calabria anno 2016

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

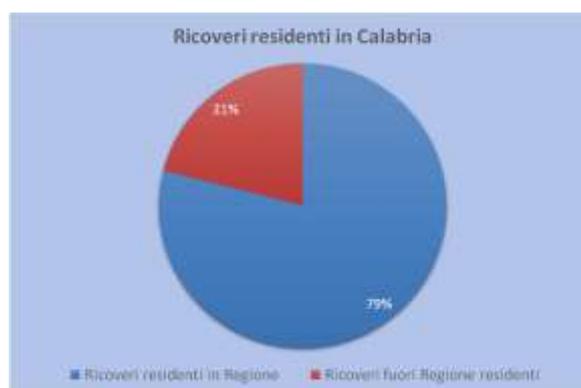


Grafico 1.composizione ricoveri

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

Oltre 2 ricoveri su 10 avvengono fuori regione e ciò si traduce in un debito per le casse regionali calabresi verso le regioni erogatrici, che raggiunge, per l'anno 2016, cifra 231.249.457 €, che rappresenta il 75% della mobilità passiva, che complessivamente ammonta a 308.777.662 €.

Nella tabella seguente è evidente come le prime 5 regioni, Lombardia, Lazio, Emilia Romagna, Sicilia e Puglia, drenano il 68% delle risorse.

I pazienti vengono attratti dalla vicinanza delle strutture pugliesi e siciliane, mentre, nel caso delle altre regioni, sono attratti da servizi percepiti come migliori rispetto a quelli erogati in Calabria.

	Ricoveri Ospedalieri ordinari e DH	Medicina Generale	Specialistica Amb.	Farmaceutica	Cure Termali	Somm. Diretta farmaci	Trasporto amb. Ed Elisoccorso	Totale
LOMBARDIA	53.051.771 €	571.739 €	9.610.201 €	1.248.330 €	10.346 €	6.276.320 €	214.032 €	<b>70.982.739 €</b>
LAZIO	34.593.624 €	291.363 €	5.893.924 €	1.036.951 €	34.375 €	6.481.993 €	196.529 €	<b>48.528.759 €</b>
E. ROMAGNA	28.980.427 €	365.562 €	2.760.261 €	603.568 €	94.201 €	1.509.822 €	198.475 €	<b>34.512.315 €</b>
SICILIA	22.559.252 €	94.548 €	4.942.010 €	364.442 €	553 €	3.828.760 €	66.220 €	<b>31.855.786 €</b>
PUGLIA	24.052.557 €	80.655 €	1.326.643 €	83.385 €	5.127 €	1.015.530 €	34.825 €	<b>26.598.721 €</b>
TOSCANA	15.179.726 €	213.234 €	2.679.731 €	370.443 €	114.618 €	1.737.661 €	179.900 €	<b>20.475.313 €</b>
CAMPANIA	8.323.936 €	37.335 €	6.359.144 €	792.445 €	64.958 €	767.626 €	84.552 €	<b>16.429.996 €</b>
PIEMONTE	9.367.925 €	237.512 €	2.155.957 €	402.783 €	902 €	1.063.102 €	155.920 €	<b>13.384.102 €</b>
BASILICATA	9.700.469 €	20.847 €	2.386.972 €	159.979 €	63.411 €	662.096 €	151.040 €	<b>13.144.813 €</b>
VENETO	7.259.731 €	77.506 €	1.371.196 €	176.955 €	109.176 €	433.985 €	42.226 €	<b>9.470.774 €</b>
BAMBINI GESU'	7.840.648 €	- €	847.062 €	- €	- €	534.762 €	- €	<b>9.222.472 €</b>
LIGURIA	3.958.011 €	31.256 €	393.200 €	147.837 €	180 €	324.544 €	36.037 €	<b>4.891.065 €</b>
UMBRIA	2.271.738 €	35.548 €	427.502 €	69.929 €	834 €	320.361 €	14.520 €	<b>3.140.433 €</b>
MARCHE	754.306 €	26.199 €	161.278 €	51.959 €	917 €	569.108 €	14.504 €	<b>1.578.270 €</b>
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.015.487 €	13.616 €	137.935 €	45.575 €	- €	35.187 €	- €	<b>1.247.799 €</b>
ABRUZZO	715.446 €	7.706 €	176.278 €	59.183 €	317 €	43.046 €	29.514 €	<b>1.031.490 €</b>
MOLISE	517.350 €	2.555 €	207.259 €	3.037 €	- €	6.396 €	- €	<b>736.596 €</b>
PR. TRENTO	419.109 €	7.711 €	52.330 €	24.865 €	6.791 €	28.120 €	6.356 €	<b>545.282 €</b>
VALLE DAOSTA	236.221 €	4.870 €	46.279 €	22.351 €	- €	50.359 €	10.575 €	<b>370.655 €</b>
SARDEGNA	166.857 €	3.465 €	39.227 €	27.911 €	466 €	16.016 €	8.638 €	<b>262.580 €</b>
AUT. BOLZANO	146.050 €	2.568 €	32.787 €	11.447 €	128 €	3.862 €	17.644 €	<b>214.487 €</b>



ACISMOM LAZIO	138.817 €	- €	12.823 €	- €	- €	- €	- €	151.640 €
ACISMOM LIGURIA	- €	- €	1.413 €	- €	- €	- €	- €	1.413 €
ACISMOM CAMPANIA	- €	- €	160 €	- €	- €	- €	- €	160 €
ACISMOM LOMBARDIA	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
ACISMOM PUGLIA	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
<b>TOTALE</b>	<b>231.249.457 €</b>	<b>2.125.794 €</b>	<b>42.021.572 €</b>	<b>5.703.377 €</b>	<b>507.302 €</b>	<b>25.708.653 €</b>	<b>1.461.508 €</b>	<b>308.777.662 €</b>

Tabella 2. Composizione mobilità passiva in valore monetario distinta per Regione di destinazione

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria.

	Ricoveri DRG alta complessità	Costi complessivi DRG AC	Ricoveri DRG media complessità	Costi complessivi DRG MC	Ricoveri DRG bassa complessità	Costi complessivi DRG BC
Cosenza	2.888	38.455.614,63 €	6.641	28.258.391,05 €	13.628	24.026.434,85 €
Catanzaro	999	14.274.887,13 €	2.260	9.814.837,21 €	4.412	7.812.963,39 €
Reggio Calabria	2.312	29.935.996,75 €	5.355	22.534.411,41 €	10.019	18.896.663,80 €
Crotone	555	7.452.524,67 €	1.478	6.137.274,11 €	2.847	4.922.403,43 €
Vibo Valentia	596	8.071.892,94 €	1.266	5.639.510,87 €	2.691	5.015.650,95 €
<b>Calabria</b>	<b>7.350</b>	<b>98.190.916,12 €</b>	<b>17.000</b>	<b>72.384.424,65 €</b>	<b>24.350</b>	<b>60.674.116,42 €</b>

Tabella 3. Ricoveri distinti per complessità DRG per Provincia di residenza

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria.

I dati contenuti nella tabella 3 dimostrano che i pazienti calabresi si spostano dalla regione di residenza non solo per beneficiare di ricoveri ad alta complessità, ma anche per ricoveri di media e bassa complessità. Questo dimostra che nonostante in Calabria ci siano ottimi professionisti e buone strutture, i molti pazienti non scelgono la loro regione per farsi curare. I molti ricoveri di media e bassa complessità, di cittadini calabresi fuori regione, rappresentano per il SSR una sfida molto importante. Si vedrà in seguito come investendo in formazione ed innovazione delle strutture ospedaliere si possono ottenere un recupero di mobilità rilevante per le casse regionali.

	Cosenza	Catanzaro	Reggio Calabria	Crotone	Vibo Valentia	Calabria	Costo complessivo Mobilità per Regione
LOMBARDIA	3.457	1.751	4.014	1.098	1.106	<b>11.426</b>	<b>52.375.526,55 €</b>
LAZIO	3.706	1.357	2.406	757	848	<b>9.074</b>	<b>35.122.960,57 €</b>
EMILIA-ROMAGNA	2.369	1.112	1.500	943	597	<b>6.521</b>	<b>27.010.843,02 €</b>
SICILIA	432	350	4.364	76	529	<b>5.751</b>	<b>22.192.039,66 €</b>
PUGLIA	3.091	516	699	275	102	<b>4.683</b>	<b>24.319.126,19 €</b>
TOSCANA	1.901	727	1.027	530	280	<b>4.465</b>	<b>15.993.647,30 €</b>
BASILICATA	3.054	35	40	26	17	<b>3.172</b>	<b>9.961.552,59 €</b>
BAMBIN GESU'	1.098	508	730	351	251	<b>2.938</b>	<b>8.525.210,93 €</b>
CAMPANIA	1.962	299	328	185	148	<b>2.922</b>	<b>8.984.734,60 €</b>
PIEMONTE	511	311	863	168	251	<b>2.104</b>	<b>8.979.084,86 €</b>
VENETO	476	279	711	121	212	<b>1.799</b>	<b>7.159.875,62 €</b>
LIGURIA	347	202	463	148	87	<b>1.247</b>	<b>4.515.309,89 €</b>
UMBRIA	302	74	188	105	49	<b>718</b>	<b>2.150.708,72 €</b>
MARCHE	109	27	69	24	18	<b>247</b>	<b>749.250,80 €</b>



FR. V.GIULIA	84	39	79	16	13	<b>231</b>	<b>1.070.805,71 €</b>
ABRUZZO	91	27	63	33	13	<b>227</b>	<b>702.404,26 €</b>
MOLISE	98	10	19	7	7	<b>141</b>	<b>555.263,65 €</b>
TRENTO	26	14	50	6	15	<b>111</b>	<b>332.001,45 €</b>
V. D'AOSTA	18	5	31	2	5	<b>61</b>	<b>216.352,32 €</b>
BOLZANO	13	10	24	4	2	<b>53</b>	<b>146.943,73 €</b>
SARDEGNA	5	13	10	5	2	<b>35</b>	<b>94.610,64 €</b>
ACISMOM	7	5	8	0	1	<b>21</b>	<b>91.204,10 €</b>

Tabella 4 Ricoveri distinti per Regione di destinazione e Provincia di residenza

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

**Mobilità attiva**

L'evidente saldo negativo tra mobilità attiva e mobilità passiva non deve condurre a facili bilanci sulla qualità della sanità calabrese. I 26.493.434 € di introiti dei servizi erogati dal SSR in favore di cittadini di altre regioni sono un segnale incoraggiante che può dimostrare, che al netto dei turisti che trascorrono le vacanze in Calabria, ci sono molti pazienti che scelgono le strutture di eccellenza della nostra regione per i propri fabbisogni di salute.

	Ricoveri Ospedalieri ordinari e DH	Medicina Generale	Specialistica Amb.	Farmaceutica	Cure Termali	Somm. Diretta farmaci	Trasporto amb. Ed Elisoccorso	Totale
SICILIA	3.493.440 €	183.806 €	542.106 €	238.891 €	55.869 €	151.868 €	68.820 €	4.734.801 €
LOMBARDIA	2.435.439 €	323.985 €	360.062 €	646.239 €	146.628 €	156.187 €	132.860 €	4.201.400 €
CAMPANIA	3.104.707 €	90.813 €	204.151 €	224.142 €	91.708 €	50.280 €	245.857 €	4.011.659 €
LAZIO	2.036.633 €	219.448 €	356.803 €	419.732 €	99.078 €	92.417 €	120.901 €	3.345.012 €
PIEMONTE	1.584.934 €	123.989 €	226.479 €	369.108 €	50.577 €	55.002 €	70.160 €	2.480.250 €
PUGLIA	1.206.329 €	53.411 €	116.123 €	70.431 €	197.763 €	12.582 €	60.456 €	1.717.096 €
BASILICATA	1.270.345 €	26.636 €	216.412 €	49.890 €	102.039 €	2.468 €	18.104 €	1.685.895 €
EMILIA ROMAGNA	753.289 €	120.097 €	95.626 €	118.394 €	30.847 €	57.767 €	31.271 €	1.207.291 €
TOSCANA	476.899 €	53.859 €	66.294 €	86.741 €	19.744 €	713 €	31.872 €	736.122 €
VENETO	323.209 €	54.257 €	47.471 €	41.833 €	12.290 €	105.695 €	12.192 €	596.949 €
LIGURIA	318.093 €	38.724 €	36.096 €	80.151 €	8.909 €	24.667 €	10.741 €	517.381 €
ABRUZZO	143.093 €	14.275 €	22.863 €	13.659 €	26.677 €	494 €	20.088 €	241.149 €
PROV.AUT. BOLZANO	127.233 €	5.708 €	11.287 €	26.260 €	59.226 €	1.814 €	5.354 €	236.882 €
SARDEGNA	131.731 €	10.275 €	5.415 €	8.156 €	2.436 €	13.677 €	649 €	172.339 €
UMBRIA	87.167 €	16.350 €	21.717 €	26.686 €	7.402 €	2.310 €	3.763 €	165.395 €
FRIULI VENEZIA GIULIA	90.889 €	16.820 €	8.438 €	14.530 €	2.922 €	35 €	1.188 €	134.821 €
MARCHE	30.763 €	14.963 €	14.657 €	11.702 €	9.100 €	- €	10.277 €	91.462 €
VALLE DAOSTA	49.046 €	7.881 €	6.571 €	17.490 €	3.653 €	- €	1.540 €	86.182 €
PROV.AUT. TRENTO	36.901 €	5.922 €	15.769 €	6.851 €	1.031 €	24 €	1.442 €	67.939 €
MOLISE	33.131 €	4.212 €	4.398 €	4.427 €	16.017 €	5 €	1.218 €	63.408 €
ACISMOM LOMBARDIA	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €



ACISMOM LIGURIA	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
BAMBIN GESU'	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
ACISMOM LAZIO	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
ACISMOM CAMPANIA	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
ACISMOM PUGLIA	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
TOTALE	17.733.272 €	1.385.434 €	2.378.738 €	2.475.314 €	943.917 €	728.005 €	848.754 €	26.493.434 €

Tabella 5. Composizione mobilità attiva in valore monetario distinta per Regione di provenienza Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

### Mobilità infraregionale

Un interessante fenomeno da indagare per determinare gli investimenti futuri in sanità, è la mobilità infraregionale.

Dal grafico 2 si evince che i cittadini della provincia di Cosenza, in termini di valore di DRG, sono quelli che si spostano di più verso le altre province calabresi.

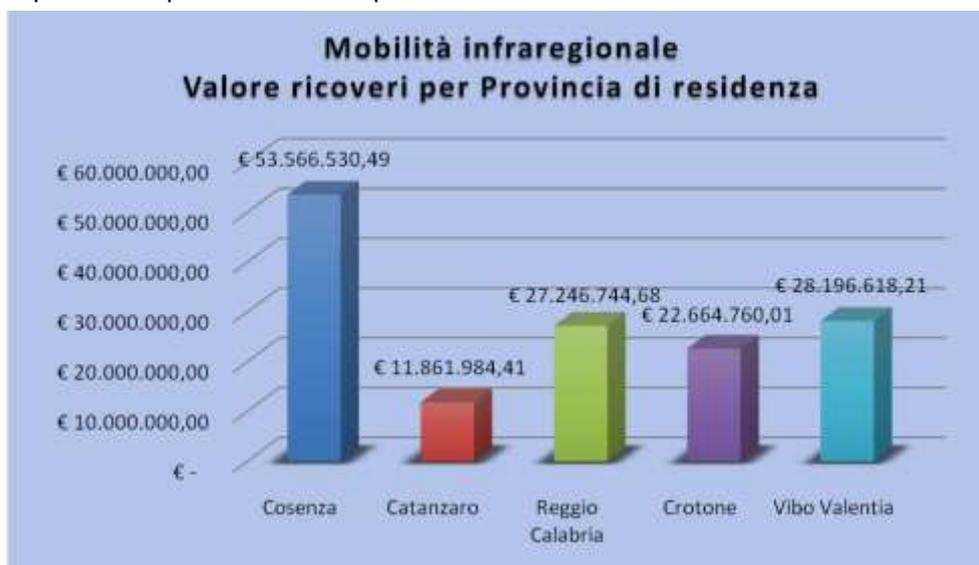


Grafico 2. Ricoveri dei residenti in Calabria fuori della provincia di residenza

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

In Calabria le strutture più attrattive risultano essere i presidi ospedalieri dell'ASP di Catanzaro. Solo i residenti in provincia di Cosenza contribuiscono alla mobilità verso queste strutture con un valore di circa 18,7 mln di euro. A seguire quasi allo stesso livello di attrattività si attestano i presidi dell'ASP di Cosenza, il presidio dell'ASP di Crotona ed il Mater Domini di Catanzaro quest'ultima struttura, la sua qualità di azienda ospedaliera universitaria, l'eccellenza dei servizi erogati e la struttura di nuova costruzione rappresentano tutte condizioni favorevoli a contribuire a soddisfare il fabbisogno di salute dei cittadini calabresi. C'è da puntualizzare che il valore dell'ASP di Reggio Calabria, Cosenza e Catanzaro è rappresentato dalla somma di tutti i presidi.

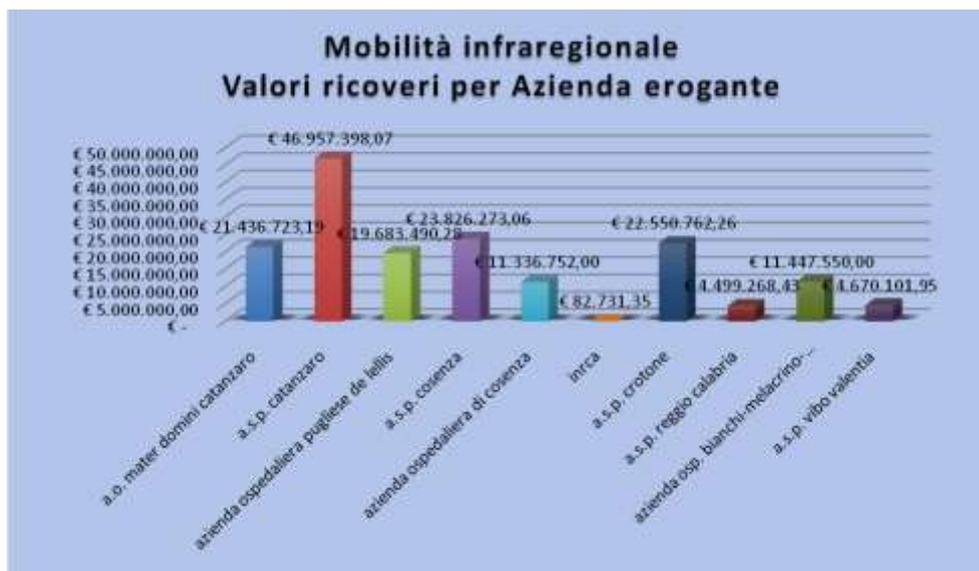


Grafico 3. Valori ricoveri per azienda erogante

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

### **Recupero mobilità passiva**

A livello nazionale, l'attuale orientamento contempla la possibilità di prevedere un recupero di mobilità passiva nel calcolo del fabbisogno regionale. In considerazione del fatto che nella Regione Calabria i posti letto di post-acuzie programmati dal DCA n. 64/2016 rapportati alla popolazione al 01/01/2015 determinano una percentuale di copertura pari a 0,7 per 1000 ab. E che la criticità nella post-acuzie, tra posti letto programmati e posti letto attivati, è principalmente dovuta alla mancata attivazione dei posti letto programmati, si prevede limitatamente alla attività in acuzie, di fissare un obiettivo finalizzato al recupero del 30% della mobilità passiva per acuti. Della suddetta percentuale, si prevede di ricomprendere il 10% nei posti letto già programmati e il 20% ad integrazione (in incremento) del fabbisogno di posti letto. Tale incremento potrà essere implementato, nelle strutture pubbliche a gestione diretta, in funzione della messa a regime delle reti programmate ed in particolare, a seguito della verifica della persistenza dei requisiti funzionali e volumi di attività per ciascuna struttura della rete, nonché degli indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza.

L'eventuale attivazione di ulteriori posti letto pubblici a con l'obiettivo di:

- fornire immediate risposte al fabbisogno prestazionale, sopra rappresentato, richiesto dalla popolazione calabrese nelle singole patologie con particolare riferimento ai primi DRG di mobilità passiva;
- razionalizzare l'offerta ai sensi del Patto per la Salute 2014-2016, con i principi, i criteri e gli indirizzi di cui al DM Salute n. 70/2015 e successivi regolamenti e circolari.

La possibilità di un recupero della mobilità passiva richiede investimenti di:

- personale (competenze specialistiche);
- risorse tecnologiche;
- qualità delle prestazioni (di rimodulazione dell'offerta);
- comfort alberghiero;
- facilità di accesso (es. abbattimento delle liste di attesa).

Un elemento di forza in questa fase è rappresentato dalla riorganizzazione operativa delle reti assistenziali per intensità di cura. Si prevede pertanto di programmare gli specifici investimenti, da



implementare nel medio periodo, nell'ambito delle reti assistenziali per intensità di cura e nei relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).

Con gli investimenti adeguati ed un imponente piano delle assunzioni il SSR potrebbe fare il salto di qualità atteso per molti anni. Alle casse regionali basterebbe recuperare, nel prossimo futuro, una modesta percentuale di mobilità sanitaria per rendere sostenibili gli investimenti ed indicare la giusta via per raggiungere l'eccellenza.

Tanti sono gli studi sulla composizione del costo pieno della prestazione sanitaria classificata per DRG. Di seguito un esempio di scomposizione voce per voce dei costi sostenuti da una struttura sanitaria per erogare il servizio.

Il Network Italiano Sanitario per la condivisione dei costi standard (N.I.San.), con riguardo alla composizione dei costi degli episodi di ricovero, "spacchettando" i consumi di risorse per aggregazioni di fattori produttivi, evince che i costi di struttura (pulizie, pasti, ammortamenti, servizi amministrativi e tecnici, ecc.), rappresentano il 31,3% del totale dei costi per i ricoverati: Con riferimento ai costi di produzione "diretti" ai ricoveri per acuti (personale, farmaci e dispositivi medici impiegati dalle unità di diagnosi e cura), la loro composizione "interna" è la seguente:<sup>1</sup>

- il 21% sono rappresentati dal costo per il personale medico;
- il 22% dei costi complessivi sono stati destinati per il personale infermieristico;
- il 9% per le altre figure professionali (altro personale laureato, tecnici di laboratorio, radiologia, fisioterapia, OTAE ausiliari, amministrativi assegnati alle unità di diagnosi e cura);
- il 4% per i farmaci;
- il 13% per i dispositivi sanitari.

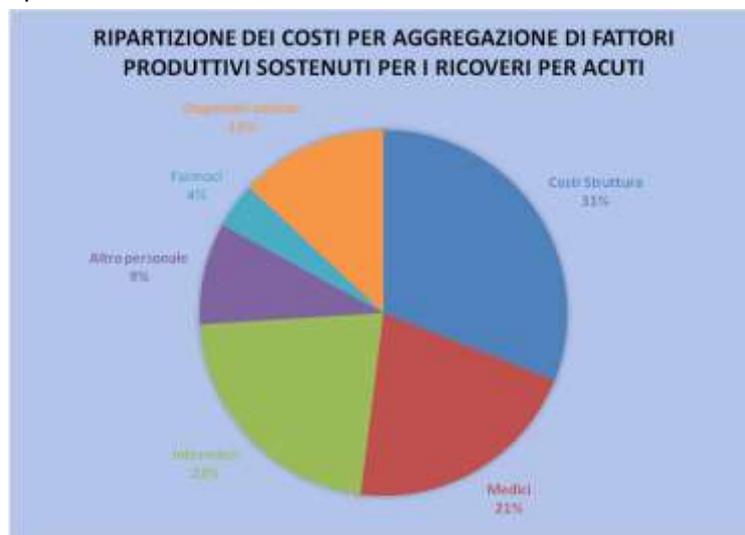


Grafico 4. Ripartizione dei costi per aggregazione di fattori produttivi sostenuti per i ricoveri per acuti

Fonte: (N.I.San.) Costi Standard Ricoveri Ricerca 2015 7° Edizione dei costi standard per DRG, regime di ricovero e disciplina di dimissione, di Alberto Pasdera e Alberto Mazzarioli

Considerato ciò, si evince che la maggior parte dei costi sostenuti da una struttura per erogare la prestazione sono costi che già sostiene e non variano al variare della produzione.

Il SSR calabrese è in grado di garantire una maggiore produzione rispetto a quella attuale, sia in termini di risorse umane sia in termini tecnologia ed infrastrutture.

<sup>1</sup> (N.I.San.) Costi Standard Ricoveri Ricerca 2015 7° Edizione dei costi standard per DRG, regime di ricovero e disciplina di dimissione, di Alberto Pasdera e Alberto Mazzarioli



Gli investimenti programmati potrebbero consentire un recupero significativo della mobilità passiva, pertanto, aumentando la produzione si possono distribuire al meglio i costi di struttura che rappresentano il 31% dei costi per i ricoveri.

- Si ritiene, inoltre, che circa il 60% dei costi di eventuali ricoveri dovuti al recupero della mobilità passiva sono costi che in ogni caso anche oggi le strutture del SSR calabrese sostengono. L'obiettivo che la Calabria può raggiungere, investendo nei nuovi ospedali e completando il processo di selezione del personale attualmente in corso può essere il seguente:
- Recupero del 10% annuo dei costi sostenuti per ricoveri ad alta complessità fuori regione;
- Recupero del 20% annuo dei costi sostenuti per ricoveri a media complessità fuori regione;
- Recupero del 35% annuo dei costi sostenuti per ricoveri a bassa complessità fuori regione.

10% Costi complessivi DRG AC	20% Costi complessivi DRG MC	35% Costi complessivi DRG BC	Totale
9.819.091,61 €	14.476.884,93 €	21.235.940,75 €	45.531.917,29 €

Tabella 6. Ipotesi recupero mobilità passiva

Fonte: Sistema informativo Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria

### B.1.a6 Offerta ante operam

La regione Calabria è suddivisa in cinque Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) i cui ambiti territoriali coincidono con i rispettivi territori provinciali; sono inoltre presenti tre Aziende Ospedaliere, una Azienda Ospedaliero-Universitaria e un INRCA.

La rete ospedaliera regionale, la cui riorganizzazione è iniziata con il DPGR n. 18/2010, è stata recentemente ridefinita con il Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro n. 64 del 5 luglio 2016 che prevede i seguenti presidi ospedalieri pubblici:

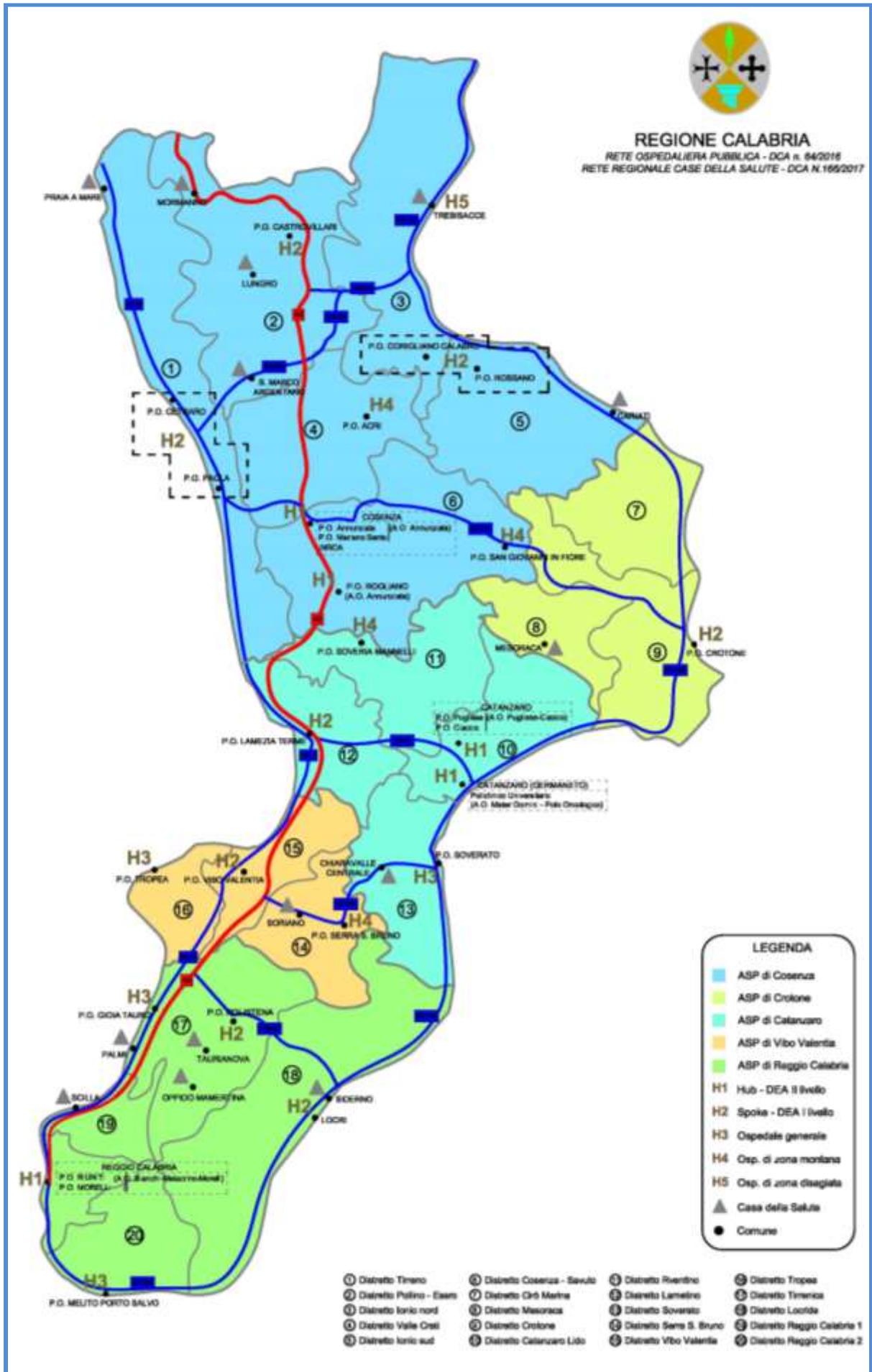
RETE OSPEDALIERA PUBBLICA – DCA n. 64/2016		
AZIENDA	PRESIDIO	TIPOLOGIA
Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza	P.O. "Ferrari" – Castrovillari	SPOKE – DEA I livello
	P.O. di Rossano (Spoke Rossano-Corigliano)	SPOKE – DEA I livello
	P.O. di Corigliano (Spoke Rossano-Corigliano)	
	P.O. "Beato angelico" – Acri	Ospedale di zona disagiata – PS
	P.O. di Cetraro (Spoke Cetraro-Paola)	SPOKE – DEA I livello
	P.O. di Paola (Spoke Cetraro-Paola)	
	Ospedale civile – San. Giovanni in Fiore	Ospedale di zona disagiata – PS
P.O. di Trebisacce	Ospedale di zona disagiata – PS	
Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone	P.O. S. Giovanni di Dio – Crotone	SPOKE – DEA I livello
Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro	P.O. Giovanni Paolo II – Lamezia Terme	SPOKE – DEA I livello
	P.O. Soveria Mannelli	Ospedale di zona disagiata- PS
	P.O. "Basso Jonio" – Soverato	Ospedale generale – PS
Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia	P.O. Jazzolino – Vibo Valentia	SPOKE – DEA I livello
	P.O. Tropea	Ospedale generale – PS
	P.O. Serra San Bruno	Ospedale di zona disagiata– PS
Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria	P.O. Locri	SPOKE – DEA I livello
	P.O. S. Maria degli Ungheresi – Polistena	SPOKE – DEA I livello
	P.O. "Tiberio Evoli" – Melito Porto Salvo	Ospedale generale – PS
	P.O. "Giovanni XXIII" – Gioia Tauro	Ospedale generale – PS
Azienda Ospedaliera "Annunziata" di Cosenza	P.O. Annunziata	HUB – DEA II livello
	P.O. Mariano Santo	
	P.O. Santa Barbara	
Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro	P.O. Pugliese	HUB – DEA II livello
	P.O. De Lellis	
Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro	P.O. Mater Domini	AOU
	Campus Universitario di Germaneto	
Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria	P.O. Morelli	HUB – DEA II livello
	P.O. Riuniti	
INRCA	INRCA – Cosenza	INRCSS



Il DPGR n. 18/2010 ha previsto, inoltre, la riconversione di alcuni presidi ospedalieri in Case della Salute. Nella tabella seguente si riporta la rete regionale definita col DCA n. 166/2017:

<b>RETE REGIONALE DELLE CASE DELLA SALUTE – DCA n. 166/2017</b>	
<b>AZIENDA</b>	<b>CASA DELLA SALUTE</b>
<b>Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza</b>	Casa della Salute di Cariati
	Casa della Salute di Lungro
	Casa della Salute di Mormanno
	Casa della Salute di Praia a Mare
	Casa della Salute di San Marco Argentano
	Casa della Salute di Trebisacce
<b>Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone</b>	Casa della Salute di Mesoraca
<b>Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro</b>	Casa della Salute di Chiaravalle
<b>Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia</b>	Casa della Salute di Soriano
<b>Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria</b>	Casa della Salute di Oppido Mamertina
	Casa della Salute di Palmi
	Casa della Salute di Scilla
	Casa della Salute di Siderno
	Casa della Salute di Taurianova

Nella cartina di seguito riportata è rappresentata la dislocazione dei Presidi Ospedalieri e delle Case della Salute sul territorio regionale.





Occorre ricordare che con l'Accordo di Programma integrativo del 2007 la Regione ha avviato, e sono tuttora in corso, le procedure per la Costruzione di tre nuovi ospedali: l'Ospedale di Vibo Valentia, l'Ospedale della Sibaritide e l'Ospedale della Piana di Gioia Tauro (era prevista anche la costruzione del nuovo Ospedale di Catanzaro per il quale però il Ministero della Salute ha dichiarato decaduto l'Accordo).

I nuovi ospedali, una volta attivati, sostituiranno totalmente l'attuale offerta pubblica dell'area interessata.

Nonostante nel corso degli anni, nell'ambito dei diversi programmi di investimento, siano stati avviati, e in molti casi già ultimati, importanti interventi riguardanti il completamento e l'ammodernamento strutturale, impiantistico e tecnologico, in diversi presidi ospedalieri della Regione la rappresentazione complessiva dell'offerta ante operam offre un quadro del patrimonio immobiliare sanitario che evidenzia diverse criticità non garantendo in molti casi il rispetto delle normative vigenti.

Altra criticità è rappresentata da una non ottimale funzionalità degli spazi in relazione alle progressive modificazioni dell'offerta delle prestazioni sanitarie.

L'ospedale esistente, pertanto, deve essere adeguato da un lato all'evoluzione della normativa generale e specialistica dall'altro all'evoluzione delle funzioni e delle peculiarità proprie del servizio sanitario svolto.

Di seguito si riporta invece, una tabella riepilogativa delle strutture sanitarie private accreditate a livello regionale.

	Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Totale
Laboratori analisi e strutture di specialistica ambulatoriale	87	30	23	13	94	247
Stabilimenti termali	3	0	1	0	2	6
Centri di riabilitazione estensiva extraospedaliera	19	6	7	1	19	52
Centri di riabilitazione estensiva extraospedaliera per autismo	0	0	1	0	1	2
Centri di riabilitazione estensiva extraospedaliera dca	0	0	1	0	0	1
RSA anziani	14	7	14	1	7	43
RSA medicalizzate	3	2	0	0	2	7
RSA disabili	3	1	3	0	1	8
Residenze sla e malattie degenerative del sistema nervoso	0	1	1	0	0	2
Strutture residenziali riabilitative psichiatriche	14	3	5	1	3	26
Case protette per anziani	9	5	9	1	5	29
Case protette per disabili	3	1	2	0	0	6
Hospice	1	0	2	0	1	4
Strutture persone dipendenti da sostanze d'abuso	6	4	8	2	7	27
Case di cura	11	7	4	1	6	29
<b>Totale strutture</b>	<b>173</b>	<b>67</b>	<b>81</b>	<b>20</b>	<b>148</b>	<b>489</b>

Tabella Strutture sanitarie private accreditate a livello regionale

Fonte: Registro delle strutture private accreditate Regione Calabria (aggiornato a Novembre 2017)



Nella seguente tabella sono invece riportate le grandi apparecchiature attualmente presenti nei presidi ospedalieri pubblici.

ASP DI COSENZA			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO S. Giovanni in Fiore	Z11030603	TAC	2013
PO S. Giovanni in Fiore	Z11030201	Mammografo	2005
PO Acri	Z11030603	TAC	2013
Po Acri	Z11050105	RMN	---
PO Praia a Mare	Z11030603	TAC	2013
PO Praia a Mare	Z11050105	RMN	---
PO Trebisacce	Z11030603	TAC	2013
PO Paola	Z11030605	TAC	2013
PO Cetraro	Z11030607	TAC	2015
PP Cetraro	Z11050105	RMN	2016
PO Cetraro	Z11030202	Mammografo	2014
PO Corigliano	Z11030605	TAC	2013
PO Corigliano	Z11030201	Mammografo	----
PO Rossano	Z11050105	RMN	2017
PO Rossano	Z11030202	Mammografo	2014
PO Rossano	Z11030605	TAC	2014
PO Castrovillari	Z11030601	TAC	2007
PO Castrovillari	Z11030605	TAC	2014
PO Castrovillari	Z11050105	RMN	2008
PO Castrovillari	Z11030202	Mammografo	2014
Poliambulatorio Rende	Z11050105	RMN	---
ASP DI CROTONE			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO Crotone	Z11030604	TAC	2013
PO Crotone	Z11030603	TAC	2005
PO Crotone	Z11050105	RM	2005
PO Crotone	Z11020105	Gamma camera	2006
ASP DI CATANZARO			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO Soveria Mannelli	Z11030601	TAC	2000
PO Soverato	Z11030601	TAC	2000
PO Lamezia Terme	Z11030604	TAC	2010
PO Lamezia Terme	Z11050105	RM	2007
ASP DI VIBO VALENTIA			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO Vibo Valentia	Z11050105	RM	2008
PO Vibo Valentia	Z11030603	TAC	2007
PO Tropea	Z11030603	TAC	2009
PO Serra San Bruno	Z11030602	TAC	2006
ASP DI REGGIO CALABRIA			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO Locri	Z11030603	TAC	2009
PO Polistena	Z11030603	TAC	2007
PO Melito Porto Salvo	Z11030603	TAC	2011
CAPT Palmi	Z11030601	TAC	1998
AO ANNUNZIATA DI COSENZA			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO Annunziata	Z11030602	TAC	2000
PO Annunziata	Z11030607	TAC	2014
PO Annunziata	Z11030603	TAC	2008
PO Annunziata	Z11050105	RM	2016
PO Annunziata	Z11050105	RM	2002
PO Annunziata	Z11030602	TAC	2005
PO Mariano Santo	Z11020105	Gamma camera	2009
PO Mariano Santo	Z11020301	PET-TC	2016
PO Mariano Santo	Z11020201	Gamma camera SPECT-TC	2016
PO Mariano Santo	Z11010103	Acceleratore lineare	1997
PO Mariano Santo	Z11010103	Acceleratore lineare	1997

A.O. PUGLIESE-DE LELLIS DI CATANZARO			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO Pugliese	Z11020103	Gamma camera	2006
PO Pugliese	Z11030607	TAC	2014
PO Pugliese	Z11030102	Angiografo	2008
PO Pugliese	Z11030102	Angiografo	2008
PO Pugliese	Z11020103	Gamma camera	2002
PO Pugliese	Z11030202	Mammografo	2014
PO Pugliese	Z11030202	Mammografo	2014
PO Pugliese	Z11050105	RM	2013
PO Pugliese	Z11030605	TAC	2013
PO De Lellis	Z11030604	TAC	2007
PO De Lellis	Z11050105	RM	2007
PO De Lellis	Z11030603	TAC	2013
PO De Lellis	Z11010104	Acceleratore. lin. Intraop	2015
PO De Lellis	Z11010102	Acceleratore lineare	2014
PO De Lellis	Z11010103	Acceleratore lineare	2014
PO De Lellis	Z11010103	Acceleratore lineare	1998
AOU MATER DOMINI DI CATANZARO			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO Germaneto	Z11050105	RM	2005
PO Germaneto	Z11030603	TAC	2004
PO Germaneto	Z11020301	TAC/PET	2005
PO Germaneto	Z11020105	Gamma camera	2005
PO Germaneto	Z11020201	TAC/Gamma camera	2005
PO Germaneto	Z11030201	Mammografo	2005
PO Germaneto	Z11030103	Angiografo	2000
PO Germaneto	Z11030102	Angiografo	2008
PO Germaneto	Z11030102	Angiografo	2008
PO Germaneto	Z11030604	TAC	2004
GOM BIANCHI MELACRINO MORELLI DI REGGIO CALABRIA			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO Riuniti	Z11020301	TAC/PET	2015
PO Riuniti	Z11020105	Gamma camera	2011
PO Riuniti	Z11050105	RM	2013
PO Riuniti	Z11020201	TAC/Gamma camera	2011
PO Riuniti	Z11030604	TAC	2013
PO Riuniti	Z11030604	TAC	2013
PO Riuniti	Z11030603	TAC	2000
PO Riuniti	Z11030102	Angiografo	2001
PO Riuniti	Z11030202	Mammografo	1998
PO Riuniti	Z11010102	Acceleratore lineare	1999
PO Riuniti	Z12020101	Robot per chirurgia	2016
PO Riuniti	Z11030102	Angiografo	2010
PO Riuniti	Z11030102	Angiografo	2010
PO Riuniti	Z11010103	Acceleratore lineare	2015
PO Morelli	Z11030604	TAC	2006
PO Morelli	Z11050105	RM	2005
PO Morelli	Z11050103	RM	2007



### ***B.1.a7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale***

La promozione della continuità delle cure e l'integrazione dell'ospedale con il territorio sono elementi fondamentali di un sistema sanitario improntato a principi di efficienza, efficacia, qualità e di autentica tutela della salute.

L'implementazione di modelli organizzativi e gestionali in rete, atti a realizzare forme di continuità assistenziale e forme alternative al ricovero, per la gestione territoriale della patologia, garantendo la continuità del processo di diagnosi e cura programmato in filiera domicilio-territorio ospedale-territorio- domicilio, nasce dall'obiettivo di valorizzare le cure primarie e di riequilibrare il sistema sanitario, spostato fino a poco tempo fa essenzialmente sul livello ospedaliero.

La Regione Calabria deve promuovere progetti che vedano i Medici di Famiglia (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) quale riferimento attivo degli assistiti, attraverso modalità organizzative e percorsi di presa in carico e continuità assistenziale integrata con gli specialisti ospedalieri e le diverse figure professionali dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali del territorio.

La continuità delle cure, all'interno di un sistema a rete, con al centro il medico di medicina generale, costituisce quindi l'elemento irrinunciabile di risposte adeguate ai bisogni complessi.

Sono necessari ruoli e quindi nuovi compiti per gli ospedali di presidio territoriale, per le strutture ambulatoriali intra ed extraospedaliere e per i MMG/PLS.

In data 2/11/2017 veniva adottato il DCA n. 144 avente per oggetto "Accordo Integrativo Regionale (A.I.R) ponte anno 2017 per la medicina generale – approvazione". In sintesi l'accordo intende restituire alla medicina di base quel ruolo naturale che la vede, in qualunque percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale, protagonista dall'inizio alla fine del PDTA stesso.

A tal fine vengono istituite su tutto il territorio regionale Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) composte di soli MMG e della continuità assistenziale che operano sulle 12 ore/g e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) composte di MMG, della continuità assistenziale che operano sulle 24 ore/gg ai quali si aggiungono specialisti ambulatoriali per 12 ore/gg.

Considerate la situazione orografica e viaria calabrese, gli ambiti di applicazione sono stati ridotti a 30.000 e 60.000 abitanti.

Tutti i circa 1.630 MMG possono partecipare alle aggregazioni, mentre in precedenza quasi 600 medici operavano singolarmente solamente nei propri studi professionali.

La sua sostenibilità economica è garantita dall'aver legato la corresponsione degli emolumenti in buona percentuale al raggiungimento di obiettivi quali:

Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e quindi il risparmio sulla spesa farmaceutica e ambulatoriale.

La riduzione degli accessi al pronto soccorso.

La riduzione del tasso di ospedalizzazione per diabete, ipertensione, bpcp e disturbi cognitivi.

I miglioramenti qualitativi, oltre a quello principale che nasce dalla costituzione delle AFT e UCCP e quindi alla facilità di accesso per i cittadini, sono individuabili:

Nell'incremento dell'estensione e dell'adesione degli screening oncologici.

Nell'incremento del tasso di vaccinazione.

Il principio ispiratore dell'Accordo Integrativo Regionale risiede nella volontà di fornire ai cittadini calabresi la migliore assistenza primaria possibile. Nei sondaggi sia nazionali che regionali, sul grado di soddisfazione della popolazione nei riguardi della sanità, il voto dato ai medici di famiglia risulta essere sempre tra i più alti, se non il più alto. Ciò nondimeno ampi margini di miglioramento sono possibili nel sistema sanitario calabrese per avvicinare l'assistenza primaria ai cittadini senza costringerli a muoversi, anche per ricevere prestazioni non complesse, verso il più vicino ospedale. Trasferire quindi, come è corretto fare, molti servizi che oggi intasano gli ospedali, sui territori, riducendo gli accessi al pronto soccorso e ai poliambulatori e i ricoveri; creare percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA)



completi, territorio-ospedale-territorio; attivare una prevenzione più efficace nel settore oncologico – screening - e della vaccinazione; migliorare l’appropriatezza prescrittiva nel settore farmaceutico e non solo, per finanziare altri servizi.

Si sta vivendo al passaggio dal welfare dei diritti a quello delle responsabilità centrato sulle esigenze della famiglia la quale è posta al centro della programmazione e degli interventi di promozione della qualità di vita, prevenzione, sostegno e assistenza.

Così, all’interno del nuovo sistema di welfare ridisegnato rispetto alle esigenze della famiglia, è definito un programma di intervento attraverso azioni concrete rivolte al singolo nucleo familiare e a tale scopo Regione Calabria sta mettendo in campo azioni per lo sviluppo, la riqualificazione e la diversificazione all’accesso alla rete sociosanitaria, tenendo conto della domanda e dei bisogni sociali emergenti (anche in merito all’assistenza e cura post/acuta e cronica a domicilio) e della necessità di agire sia sull’offerta dei servizi che sulle cure domiciliari.

Tra gli strumenti di governo locale della rete dei servizi si fa riferimento alla proposta di legge n. Progetto di legge n. 258 recante “Realizzazione del Sistema Integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in Attuazione della Legge 328/2000)

La Regione Calabria vuole assicurare alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuovendo interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, prevenendo, eliminando o riducendo le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

Inoltre, la necessità di integrare ‘operativamente’ intorno al cittadino tutto il sistema sanitario e sociosanitario, con percorsi più semplici e più efficaci per la soluzione dei problemi posti, ha portato all’implementazione in ambito territoriale dei processi di gestione della cura del paziente con l’obiettivo di garantire ai cittadini i più elevati standard assistenziali, attraverso la presa in carico del paziente e l’integrazione tra l’ospedale ed il territorio. Molte ASL hanno condiviso ed adottato con gli MMG e gli Specialisti i cosiddetti Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA) delle principali patologie croniche (es. diabete).

#### **PDTA SCOMPENSO CARDIACO**

È stato costituito il gruppo tecnico di lavoro che ha elaborato una bozza della rete e del PDTA sullo Scompenso cardiaco, con riferimento anche al Piano Nazionale delle Cronicità.

Ad oggi non si è ancora provveduto all’adozione del PDTA. Al momento si sta lavorando sul percorso terapeutico (PDTA) “Scompenso Cardiaco” e” PDTA Terapia Anticoagulanti” per i quali è stata effettuata la ricognizione preventiva di tutti i soggetti che saranno convocati per la costituzione dei rispettivi gruppi tecnici.

#### **PDTA BRONCO PNEUMOPATIA CRONICO OSTRUTTIVA (BPCO)**

Attraverso i flussi SDO relativi ai ricoveri del triennio 2014- 2016 nelle UO di geriatria, medicina e pneumologia delle Aziende del SSR e relativi, sono stati presi in esame i seguenti DRG:

- 491.20 (BPCO)
- 491.21 (BPCO riacutizzata)
- 518.81 (insufficienza respiratoria acuta)
- 518.83 (insufficienza respiratoria cronica)
- 518.84 (insufficienza respiratoria cronica riacutizzata)

Dall’analisi dei dati raccolti è emerso che:

- Nel 2016 si è avuto un numero di ricoveri totali nelle UO di Geriatria, pneumologia e medicina della Regione Calabria pari a 27.717 a fronte 30.606 ricoveri nel 2014.



- Il numero dei ricoveri per BPCO riacutizzata è stato di 586 nel 2016 (il 2.4% del totale) contro 1068 (il 4% del totale) nel 2014, osservandosi una riduzione del 46% rispetto all'anno precedente la pubblicazione del PDTA.
- Un possibile limite della valutazione SDO è la sottostima, in quanto molti ricoveri per BPCO possono essere stati classificati sotto altri codici: ad es. le riacutizzazioni spesso sono state classificate con il DRG che identifica l'insufficienza respiratoria. L'analisi delle seconde SDO per BPCO conferma un trend di riduzione.

Si riportano le principali iniziative avviate al riguardo:

1. Nelle aziende sanitarie di Vibo Valentia e di Cosenza sono stati realizzati corsi di formazione rivolti ai medici di Medicina Generale al fine di implementare l'uso della spirometria nell'ambulatorio di Medicina Generale quale strumento fondamentale per una diagnosi precoce nei soggetti a rischio ma asintomatici.
2. L'UO di Medicina Interna di Vibo Valentia ha attivato 2 posti di terapia sub intensiva al fine di seguire pazienti con severa insufficienza respiratoria che necessitano di un supporto ventilatorio non invasivo.
3. L'ASP di Catanzaro in collaborazione con l'AO Pugliese-Ciaccio ha approvato, con delibera, un PDTA interaziendale sulla BPCO e realizzato corsi di formazione per i medici di PS volti a stabilire e discutere i criteri di ospedalizzazione della BPCO riacutizzata nell'ambito di pz con co-morbidità al fine di minimizzare i ricoveri inadeguati. L'ASP ha previsto, inoltre, l'utilizzo di strumentazione per la ventilazione non invasiva anche nelle UO di Medicina Interna e Geriatria. Il Distretto di Lamezia Terme ha inviato sul territorio, presso una UCCP attiva da tempo, uno specialista pneumologo ospedaliero per parte del suo orario settimanale, permettendo una integrazione tra le due realtà in cui deve essere gestito il paziente affetto da una patologia cronica quale la BPCO.
4. L'ASP di Cosenza ha organizzato, in questi due anni, dodici incontri formativi con i MMG e con i farmacisti di distretto rendendo operativa una rete territoriale di pneumologi che gestisce, anche a domicilio, le forme più severe di insufficienza respiratoria con una presa in carico globale di pazienti tracheostomizzati.

Si sta procedendo all'aggiornamento del percorso della BPCO alla luce delle nuove linee guida europee.

### **PDTA SCLEROSI MULTIPLA**

Si sta provvedendo ad elaborare un modello organizzativo di percorso assistenziale multidisciplinare all'interno di ciascuna azienda, in coerenza con quanto stabilito nel DCA 140 del 19 ottobre 2017.

E' stato ultimato il documento relativo al percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per la Sclerosi Multipla che ha tenuto conto di tutti gli aspetti correlati alla patologia. Il DCA n 140 del 19/10/2017 ha approvato " Il percorso diagnostico terapeutico della sclerosi multipla".

### **PDTA DIABETE**

Con DCA 146 del 07.11.2017 sono state approvate le "Linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete" e con DCA 51 del 31 gennaio 2018 è stato modificato ed integrato l'Allegato n. 3 del DCA 146 del 07.11.2017 "Linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete".

Con DCA 172 del 12/12/2017 è stato approvato il Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) sul Piede Diabetico.



Con DCA n. 11 DEL 25 gennaio 2018 avente ad oggetto “Rete Assistenziale Diabetologica Integrata Territorio-Ospedale sono stati approvati i Documenti di consenso della Regione Calabria sulla erogazione dei presidi, prescrizione e gestione della terapia con microinfusori ed altre tecnologie, di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale e di indirizzo per la gestione della gravidanza in donne con diabete pre-gestazionale tipo 1 e tipo2”.

Lo scopo di un PDTA è quello di aumentare la qualità di cura, migliorare gli esiti della malattia, promuovere la sicurezza e ottimizzare l’uso delle risorse.

### **LA MEDICINA D’URGENZA**

La medicina d’urgenza, ossia la gestione dei processi diagnostici terapeutici e il trattamento di eccellenza in regime di urgenza-emergenza dei pazienti, che presentano quadri clinici acuti con grave compromissione delle funzioni vitali, rappresenta un modello organizzativo di integrazione funzionale pluridisciplinare e polispecialistica di strutture, mezzi e personale ospedaliero ed extraospedaliero finalizzati al trattamento delle emergenze/urgenze sanitarie nel territorio di competenza.

Infatti, l’integrazione in rete sottintende un’organizzazione tra le strutture che erogano diversi livelli di assistenza e richiede l’esistenza di tecnologie che permettano uno scambio di informazioni e immagini tra professionisti delle varie strutture, di un sistema di trasporti di emergenza efficiente, di linee guida condivise e di percorsi di formazione specifica per i professionisti.

A seguito dell’emanazione del DPR n. 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, G.U. n.76 del 31/3/92), si è assistito ad una radicale trasformazione dei Servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare il passaggio dalla tradizionale offerta di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio “Sistema di Emergenza” che vede i diversi elementi coinvolti, Centrali Operative 118 (C.O.118) e Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione (D.E.A.), tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di un obiettivo comune: garantire l’omogeneità e la continuità tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e i P.S./D.E.A. che sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell’emergenza sanitaria. Il Sistema di Emergenza Territoriale 118 opera nella fase di “allarme” garantendo la modulazione della risposta sanitaria e il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l’intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando la tempestiva stabilizzazione ed il trasporto del paziente alla struttura sanitaria più appropriata. Il PS/DEA opera nella fase di “risposta ospedaliera”, per garantire l’assistenza necessaria attraverso l’inquadramento diagnostico del paziente, l’adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l’osservazione clinica, l’eventuale ricovero del paziente. Nonostante l’importanza del ruolo svolto e dalle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il Sistema dell’Emergenza-Urgenza della Regione Calabria si presenta ancora frazionato nei singoli ambiti, frequentemente tra loro non coordinati, e risulta essere utilizzato spesso in modo inappropriato. L’inappropriatezza risulta evidente ove si consideri che solo ad una ridotta proporzione degli accessi in PS (comprensivi degli accessi spontanei) segue il ricovero, ed una elevata proporzione di casi presenta problemi non gravi o urgenti, trattabili in modo efficace in altre strutture. Tra gli obiettivi del DPGR n. 18/2010, in linea con i più attuali orientamenti nazionali, è stato previsto di evitare la proliferazione di strutture complesse e costose, promuovendo il miglior utilizzo di quelle esistenti in modo da impedire spreco di tecnologie sofisticate e di personale qualificato. Ciononostante è necessario pensare all’investimento di risorse in quei settori, quali la rete della emergenza territoriale, che sono strategici al mantenimento qualitativo delle prestazioni ed il cui rafforzamento è propedeutico alla razionalizzazione di investimenti altrimenti assai più onerosi ed ingiustificati. Nella elaborazione del modello proposto dal DPGR 18/2010, aggiornato dal DCA n. 64/2019, si è fatto riferimento a principi fondamentali di analisi e progettazione quali:

- lo studio delle SDO e delle prestazioni realmente erogate;



- l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, della rete di Emergenza nelle sue integrazioni tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e la rete ospedaliera secondo il criterio HUB and Spoke, PS semplice nell'Ospedale Generale, PS di base nell'Ospedale di Zona Disagiata, PPI nelle Case della Salute, postazioni ambulanza (PET) come canovaccio di base su cui costruire poi la rete di tutte le patologie;
- per quanto riguarda il servizio di Continuità Assistenziale è stata effettuata un'analisi specifica, in quanto la sua possibile integrazione nella rete della emergenza urgenza potrebbe rappresentare un notevole valore aggiunto;
- si è messa in evidenza nel corso dell'analisi la necessità della creazione di forti riferimenti all'interno del competente Dipartimento regionale che operino insieme al coordinamento dei gestori delle reti per condividere il modello e garantirne la attuazione;
- il percorso di realizzazione concreta della rete che viene proposto prevede, come conditio sine qua non, l'individuazione di un Settore unico per l'emergenza sanitaria (ospedaliera e territoriale, 118, guardia medica) di riferimento presso il Dipartimento Salute regionale che si avvalga del/i:
  - coordinamento dei Servizi di Emergenza Territoriale 118;
  - coordinamento dei Dipartimenti di Emergenza e Pronto Soccorso;
  - coordinamento dei Direttori dei Distretti;
  - gruppi di lavoro multidisciplinari da costituirsi in relazione a percorsi peculiari nella rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, medici del 118, ect.).

Il ruolo dei gruppi di lavoro è rafforzato dalla gestione centralizzata delle attività da parte del competente Settore del Dipartimento regionale che ne coordinerà l'attuazione vigilando sulla aderenza alle finalità e loro condivisione concretizzandone poi i contenuti con gli opportuni provvedimenti. Il competente Settore del Dipartimento regionale dovrà seguire l'impostazione e la definizione, da parte dei coordinamenti, di percorsi formativi unificati per gli operatori idonei a creare uniformità di comportamento organizzativo e professionale, realizzando contestualmente un'importante ottimizzazione delle risorse anche economiche.

L'attività di rilevazione sullo stato di attuazione della rete, svolta tramite apposite schede di rilevazione, evidenzia una sostanziale disomogeneità dei processi di riorganizzazione programmati tra le diverse Aziende sanitarie. Si rende pertanto necessario approfondire e ridefinire il piano programmatico delle azioni relativamente: agli indicatori di performance; alle azioni già realizzate; alla definizione chiara della tempistica delle azioni con particolare riguardo alla riduzione del numero delle postazioni di Continuità Assistenziale; alla riorganizzazione dei mezzi di soccorso; alla centralizzazione e razionalizzazione delle basi di elisoccorso; al trattamento delle patologie complesse tempo dipendenti.

### ***Le azioni prioritarie: i sistemi di comunicazione e i livelli organizzativi***

Le prime azioni hanno portato alla individuazione delle priorità imprescindibili per il funzionamento non solo del sistema dell'emergenza, ma della intera rete della sanità regionale calabrese articolati in Sistemi di Comunicazione e Livelli Organizzativi. Le specifiche relative ai Livelli Organizzativi sono riportate nei paragrafi successivi. Sistemi di Comunicazione:

- istituzione della rete radio regionale su frequenze dedicate. E' stata individuata la necessità di procedere alla realizzazione ed acquisizione dei seguenti sistemi di apparecchiature da implementare sugli impianti e le infrastrutture regionali già esistenti:
  - a. reti radio per le comunicazioni tra le Centrali Operative 118 e le sedi periferiche di base per i mezzi di soccorso, le unità mobili di pronto soccorso, le unità mobili di pronto intervento sul territorio, le sedi di unità di pronto soccorso, comprendendo sia la fonia, sia la trasmissione dati per la localizzazione dei mezzi e la trasmissione di messaggi in formato testo breve;



- b. le unità terminali radio da installare sugli automezzi di soccorso, presso le basi di partenza degli stessi, presso le sedi di pronto soccorso ed i terminali radio portatili da dare in dotazione agli equipaggi per il coordinamento delle attività di soccorso in campo;
- c. sistema di trasposizione delle comunicazioni radio tra frequenze aeronautiche e frequenze terrestri per assicurare collegamenti tra elicotteri e ambulanze a terra;
- d. connettività radio per dati ad alta velocità, ordine di 50 – 100 Mb/s, tra sedi fisse del sistema regionale dell'emergenza, prevedendo in prima realizzazione il collegamento in 20 sedi.

***Istituzione di un sistema informatico omogeneo integrato tra 118 e DEA.***

- Qualificazione delle centrali operative e definizione di protocolli operativi collegati alla distribuzione delle attività ospedaliere secondo il modello hub and spoke. I protocolli operativi saranno definiti all'interno di ciascuna rete hub and spoke programmata.
- Definizione di una modulistica regionale unificata e compatibile per 118 e DEA (a cura del coordinamento regionale delle Centrali Operative e dei DEA).
- Avvio dei programmi informatizzati di trasmissione dati dai mezzi e dalle strutture territoriali ai presidi sanitari previsti nelle singole reti tempo-dipendenti. Allo stato risulta attivo il teleconsulto cardiologico in emergenza con n. 32 su 52 autoambulanze. Il sistema prevede il collegamento dei monitori Defibrillatori con le emodinamiche dei 3 Hub (per Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria) e con le UTIC degli Spoke per Crotone e Vibo Valentia. I Monitor Defibrillatori (dotati di trasmissione dati tramite cellulari GSM) sono in grado di inviare dati (es. l'ECG) a distanza attraverso un sistema di comunicazione telefonico. Tutte le informazioni degli interventi sono tracciati da un Server collocato nel CED regionale che riceve informazioni ed è in grado di elaborare report.
- Implementazione Flusso EMUR.

**Livelli Organizzativi:**

- istituzione del coordinamento regionale dei direttori delle C.O. 118, dei DEA e dei PS, Direttori dei Distretti per le reti di emergenza territoriale e ospedaliera;
- sviluppo delle Centrali Operative, dei Pronti Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza previsti (in armonia con l'Hub e Spoke);
- riorganizzazione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata;
- definizione in accordo con la normativa nazionale (documento Conferenza Stato-Regioni) della funzione di triage e relativi protocolli;
- definizione delle postazioni di guardia medica e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, tipologie di interventi, ect.);
- definizione di linee guida e protocolli organizzativi, operativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti primari urgenti, secondari urgenti e programmati;
- definizione della rete delle patologie tempo dipendenti;
- definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale del numero delle basi operative, loro operatività e definizione della rete delle elisuperfici a servizio delle strutture ospedaliere, dei siti di atterraggio di pubblico interesse e delle elisuperfici a servizio delle comunità isolate, con particolare riferimento ai voli notturni (h24);
- indizione della gara per la gestione del Servizio di Elisoccorso ;
- linee guida per la gestione delle maxi-emergenze e relativo progetto operativo anche interregionale.

Prendendo in considerazione l'integrazione operativa tra il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" e la rete dei DEA, è fondamentale stabilire i termini di tale interazione che deve essere attuata preservando la autonomia organizzativa di ciascun sistema, facendo crescere l'organizzazione a livello di coordinamento.



Nella rete dei DEA, secondo il concetto di rete Hub and Spoke, esclusivamente per il tempo di mantenimento previsto, trovano aggregazione i PPI, ad elevato numero di passaggi, di competenza territoriale.

Con il DCA n. 64/2016 sono state definite le Reti delle Patologie Complesse (Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Ustione, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche, e tutte le situazioni che prevedono livelli organizzativi superiori, ivi compresa la diagnosi precoce ed il trasporto protetto verso Centri a funzione sovra zonale), e anche i nodi e le sedi di riferimento in armonia con la rete Hub and Spoke articolata come di seguito descritto, con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione, utilizzando consulenze a distanza da parte di specialisti allocati solo nei centri di riferimento al fine di evitare trasferimenti impropri. In questa ottica si ritiene necessaria la revisione della procedura per TSO.

Lo sviluppo delle attività di Telemedicina per la rete dell'Emergenza-Urgenza seguirà gli attuali indirizzi di cui all'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti 16/CSR del 20 febbraio 2014 recante: "Telemedicina-Linee di indirizzo nazionali". I dati clinici del Pronto Soccorso e dell'ADT (Accettazione, Dimissione e Trasferimento), ed in generale tutti i dati dell'emergenza-urgenza, oltre a generare automaticamente i flussi informativi rientranti negli adempimenti LEA (Flussi EMUR) e nei circuiti della mobilità (Flusso G), dovranno essere integrati con il Fascicolo Sanitario Elettronico, previsto dal Decreto-Legge 21 giugno 2013, n.69 convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n.98, che diventerà uno strumento per la presa in carico del paziente nei servizi di Emergenza-Urgenza.

In merito alla RETE TERRITORIALE con DCA n. 166 del 13/12/2017, è stata approvata una parziale modifica del DCA 113 del 3.11.2016 della programmazione relativa alla rete di assistenza territoriale.

Il fabbisogno complessivo programmato risulta così ripartito, suddiviso per intensità assistenziale:

- 9% in R1 (RSA-M) pari a 300 posti letto;
- 58% in R2 (RSA) pari a 1.985 p.l. (di cui il 25% in Nuclei per demenze);
- 33% in R3 (CP) pari a 1.125 p.l..

Lo scopo è di garantire:

- continuità assistenziale mediante specifici protocolli operativi, favorendo la condivisione tra servizi coinvolti e linee guida di intervento;
- forme di assistenza tali da consentire la permanenza presso il proprio domicilio a coloro che presentino adeguate condizioni personali e familiari;
- integrazione sociale e autonomia della persona affetta da patologia psichiatrica;
- sostegno del Terzo Settore, al fine di promuovere accordi locali in favore di persone affette da patologia psichiatrica;
- sostegno all'inserimento socio educativo in contesti lavorativi anche in accordo con le agenzie del terzo settore;

Tutti questi interventi hanno in comune il sostegno alla vita quotidiana, la cura delle relazioni all'interno della famiglia e il supporto ai care giver informali, la progettazione dell'impiego del tempo della persona, la facilitazione dei rapporti con l'ambiente di vita, il superamento dello stigma, l'inclusione sociale.

### ***B.1.B STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI***

#### ***B.1.b1 Identificazione dei bisogni assistenziali***

L'individuazione, la valutazione e la conoscenza del complesso contesto dei bisogni che generano la domanda sanitaria, costituiscono elementi essenziali per la messa a punto di una strategia che consenta di individuare le scelte programmatiche generali.



Il punto di partenza di una riflessione sulla situazione di contesto della Regione Calabria è la profonda trasformazione, negli ultimi decenni, non solo del quadro demografico del nostro Paese e della nostra Regione, ma – in parallelo – del quadro epidemiologico, con il sempre più consistente prevalere della malattia cronica degenerativa, legata all'invecchiamento della popolazione, sulla malattia acuta. Perché è la valenza stessa di malattia che cambia, nel passare dall'acuzie alla cronicità: dove la malattia non può essere interruzione, antitetica, di uno stato di salute (da ripristinare, appunto, grazie all'intervento della medicina) ma diventa una dimensione dell'esistenza, con la quale la persona convive, costruendo nuovi equilibri psicologici e funzionali che la medicina deve promuovere e sostenere costruendo a sua volta con l'interessato un progetto terapeutico capace di integrarsi con il suo stile di vita.

L'invecchiamento e la bassa natalità determinano un cambiamento nelle priorità del sistema sanitario, in virtù di dati epidemiologici che evidenziano come primarie le aree delle malattie cardiovascolari (prima causa di morte), dei tumori (prima causa di anni di vita potenziali persi), delle patologie dell'invecchiamento e dell'infanzia, diabete e malattie metaboliche. La forte correlazione del consumo sanitario con l'età del soggetto rileva innanzitutto in una prospettiva temporale, in ragione del processo di invecchiamento demografico. Infatti, il progressivo aumento dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da maggiori bisogni sanitari, potrebbe determinare, nei prossimi decenni, una significativa crescita della domanda di servizi sanitari, generando una pressione sulle risorse necessarie al loro finanziamento.

L'aumento progressivo delle aspettative individuali di salute e di assistenza sociosanitaria associate al progresso tecnologico e scientifico con cure sempre più ricercate e specifiche impone che la pianificazione sia in grado di assicurare le cure necessarie secondo principi di equità ed accessibilità alle cure, tenendo ben presente che qualsiasi strategia di intervento deve basarsi su prove di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni. Le scelte da effettuare dovranno consentire di ottimizzare gli interventi in relazione alle risorse disponibili.

Le analisi precedenti, in particolare quelle relative alla mobilità passiva, dimostrano come si necessario intervenire per ridurre tale fenomeno le cui cause vanno ricercate non solo nella limitata dotazione di posti letto ma soprattutto nell'insufficiente qualità dell'offerta sanitaria.

Se da una parte la mobilità è un'inevitabile libera scelta del cittadino, è pur vero che essa si manifesta sempre come distorsione di una domanda dettata dallo squilibrio nel rapporto tra domanda stessa, bisogni e offerta interna. Tra gli obiettivi di riduzione della mobilità passiva relativa bisognerà pertanto "ricostruire" il giusto rapporto tra le precedenti istanze anche modulando la quantità e/o qualità dell'offerta.

Dopo anni di emergenza economica e obiettivi di risparmi a breve, soprattutto con il blocco del turnover over, si rende necessario costruire un nuovo ed efficace sistema sanitario regionale che garantisca il corretto trattamento delle patologie effettivamente presenti nella regione, applicando le più recenti linee guida e gli orientamenti legislativi nazionali, adattandoli alla realtà calabrese.

La riprogettazione delle reti per acuti e post acuti effettuata con il DCA n. 9 del 02/04/2015 è partita dalla definizione del fabbisogno della popolazione calabrese considerando, in particolare, quattro macro situazioni critiche: gli interventi fuori regione, gli interventi in urgenza, gli interventi in risposta ai problemi sanitari che meritino un'attenta valutazione e l'impostazione di un percorso di diagnosi e cura e gli interventi in risposta alle malattie croniche.

La possibilità di un recupero della mobilità passiva richiede però investimenti in personale quantitativi e qualitativi, (competenze specialistiche), risorse tecnologiche, qualità delle prestazioni (di rimodulazione dell'offerta), comfort alberghiero, facilità di accesso alle cure (es. abbattimento delle liste di attesa).

***B.1.b2 Descrizione della strategia***

La Regione Calabria ha individuato, con l'approvazione del "Piano di rientro", gli obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione del disavanzo. Ha attuato misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, e misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie per il raggiungimento dell'equilibrio economico. Il piano di rientro ha previsto l'adozione di provvedimenti volti a razionalizzare la rete ospedaliera, la spesa farmaceutica, la spesa per l'acquisto di beni e servizi, la spesa per il personale dipendente e convenzionato, nel rispetto dei LEA.

Con i programmi operativi la regione Calabria ha dato un forte impulso all'attuazione delle scelte programmatiche definite nei piani di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete territoriale e nel piano sanitario regionale.

Sulla base dei bisogni emersi, la strategia complessiva adottata dalla regione per il raggiungimento degli obiettivi previsti anche dal Programma Operativo 2016-2018, si realizza attraverso l'attuazione di quanto previsto nei principali atti programmatici adottati, con particolare riferimento al *Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti*, approvato con DCA n. 64/2016.

In coerenza con quanto previsto nel sopracitato Documento e in prosecuzione dell'azione di riqualificazione della rete ospedaliera già avviata con i precedenti Accordi di Programma sottoscritti, la regione si prefigge ora l'obiettivo di migliorare ulteriormente l'offerta sanitaria dal punto di vista prestazionale, funzionale, strutturale, impiantistico e tecnologico.

L'analisi del contesto socio sanitario regionale determina la necessità di adozione di una strategia fondata sulle seguenti linee generali:

- il potenziamento delle attività di prevenzione;
- la prevenzione, la diagnosi, l'accertamento e la cura delle malattie cardiocircolatorie;
- la prevenzione, l'accertamento la diagnosi e cura delle patologie neoplastiche e delle malattie oncologiche;
- una realtà ospedaliera rinnovata nelle sue componenti edilizia, impiantistica, tecnologica ed organizzativa, più orientata alla medio-alta intensità di cure;
- una ottimizzazione del sistema di emergenza;
- un incremento della risposta diagnostica;
- un potenziamento dei sistemi di accesso alle prestazioni, attraverso lo sviluppo di strumenti di innovazione tecnologica che rendano possibile il movimento delle informazioni rispetto a quello delle persone.

Le analisi effettuate nelle precedenti sezioni del documento hanno consentito di identificare, fra gli elementi fondamentali alla base della scelta strategica, di realizzare dei Nuovi Ospedali, derivanti dal bisogno della popolazione, ovvero dal fabbisogno di salute, che la popolazione calabrese oggi soddisfa solo in parte attraverso i presidi esistenti, per lo più generando fenomeni migratori, dai quali originano le maggiori criticità del sistema sanitario regionale.

Gli Accordi di Programma precedenti stipulati dalla Regione Calabria dimostrano lo sforzo per mettere a punto la rete del settore socio – sanitario, con interventi molto parcellizzati sul territorio.

Ora la strategia del presente documento di programma è rivolta al settore sanitario ed in particolare alla necessità di adeguamento e potenziamento degli ospedali e, per alcuni di questi e per alcune aree particolari, di adozione di innovativi modelli organizzativi.

Lo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo, oltre che logiche di contenimento della spesa, anche ad aspetti di carattere generale, quale lo sviluppo di nuove tecnologie, evoluzione di nuove tecniche mediche e chirurgiche che consentono di effettuare interventi sempre più appropriati in regime di ricovero diurno. L'offerta è necessaria che si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere.



Altro aspetto dell'organizzazione considerato e da sviluppare è quello relativo all'integrazione ospedale e territorio. La degenza ospedaliera negli anni si sta riducendo notevolmente proprio in virtù dello sviluppo delle tecnologie e dell'incremento dell'efficacia terapeutica dei farmaci.

Da tali considerazioni discende che il raccordo territorio ospedale produce incrementi di appropriatezza del sistema nel suo complesso e concorre al contenimento della spesa.

Attraverso la realizzazione degli interventi oggetto del presente Accordo, riguardanti sia la realizzazione di nuovi ospedali che l'adeguamento e potenziamento di presidi esistenti, la regione si doterà di strutture conformi ai più recenti standard ospedalieri nazionali, capaci di consentire lo svolgimento delle attività sanitarie in condizioni di sicurezza, garantendo nel contempo un contesto confortevole, accogliente in grado di favorire il benessere psico-fisico di pazienti, medici, operatori sanitari e visitatori, dotate di nuove tecnologie in grado di ridurre le liste di attesa e di migliorare il processo diagnostico e terapeutico.

A ciò si aggiunge che la dismissione degli attuali ospedali di Cosenza e Catanzaro e le conseguenti riconversioni in Cittadelle della Salute, consentirà la riorganizzazione dei servizi territoriali nelle rispettive città, con conseguenti vantaggi in termini economici, organizzativi e di offerta sanitaria.

La strategia della regione, pertanto, consiste nel costruire una rete di strutture all'avanguardia, capaci di assicurare prestazioni sanitarie di altissimo livello, realizzando allo stesso tempo notevoli risparmi sia in termini di costi di gestione delle strutture che in termini di recupero di mobilità passiva.

## **B.2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA**

### **B.2.A OBIETTIVI DEL PROGRAMMA**

L'obiettivo del programma è di incidere, continuando con l'azione intrapresa con gli Accordi di Programma precedenti e in stretta relazione con i finanziamenti regionali che annualmente sono messi a disposizione per gli investimenti nel settore sanitario per il raggiungimento dell'obiettivi definiti.

#### ***B.2.a1 Analisi dei problemi e priorità***

Gli interventi inseriti all'interno del Programma sono stati scelti a seguito di un'attenta analisi dei problemi generali e specifici legati allo stato delle strutture sanitarie, alla loro organizzazione funzionale e alla loro efficienza di servizio. Nella scelta si è naturalmente tenuto conto anche delle indicazioni fornite dai vertici delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Molte delle strutture che fanno parte della rete ospedaliera e territoriale regionale presentano grosse criticità tali da non garantire adeguati livelli di sicurezza, umanizzazione e confort. Inoltre, anche il patrimonio tecnologico che afferisce a tali strutture risulta in molti casi insufficiente e obsoleto.

Proprio sulla base di tali considerazioni sono state definite le priorità e quindi gli obiettivi del Programma che sono di seguito riportati.

#### ***B.2.a2 La catena degli obiettivi***

Sulla base delle analisi svolte nel precedente paragrafo la Regione Calabria ha individuato gli obiettivi da perseguire.

Al fine di descrivere la strategia adottata, gli obiettivi del Programma vengono declinati con una logica a catena che prevede:

- *Obiettivi generali*, quali principi ispiratori e di governo strategico del Programma;
- *Obiettivi specifici*, che rappresentano i benefici duraturi per la comunità locale destinataria dell'intervento progettuale;



- *Obiettivi operativi*, cioè i prodotti delle attività che si traducono in azioni puntuali, ovvero in interventi progettuali.

***Obiettivi generali*****OG1: Riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale regionale in termini di maggiore appropriatezza delle prestazioni per acuti e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate**

In coerenza con quanto previsto dal Programma Operativo 2016-2018 approvato con DCA n. 119/2016, nonché con quanto stabilito dal DCA n. 64/2016 in materia di riorganizzazione delle reti assistenziali ai fini dell'attuazione del DM n. 70/2015, l'obiettivo è quello di rimuovere le cause strutturali di insufficienza e inappropriata nell'erogazione dei LEA, attraverso una serie di modifiche organizzative e gestionali che assicurino un'offerta sanitaria adeguata in termini di qualità, sicurezza e innovazione tecnologica, contrastando in tal modo anche il fenomeno della mobilità passiva extraregionale.

**OG2: Ammodernamento della rete ospedaliera e territoriale regionale attraverso l'adeguamento normativo dei presidi ospedalieri a standard dimensionali, strutturali e qualitativi e potenziamento tecnologico**

Nel rispetto di quanto stabilito dai suddetti provvedimenti di programmazione regionale nonché dal DM n. 70/2015, l'obiettivo è quello di migliorare l'offerta sanitaria attraverso interventi finalizzati alla messa in sicurezza, alla riorganizzazione funzionale e al potenziamento della dotazione tecnologica dei presidi ospedalieri.

**OG3: Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale**

La Regione Calabria è soggetta al Piano di Rientro, che rende indispensabile l'adozione di azioni finalizzate al risanamento del sistema sanitario regionale, nell'ottica della razionalizzazione dei servizi alla collettività e dell'efficace programmazione ed utilizzo delle risorse disponibili, assicurando un rigoroso controllo dell'andamento della spesa sanitaria.

L'obiettivo è concretizzabile attraverso azioni volte, da un lato, a garantire economie strutturali all'interno del sistema sanitario regionale, dall'altro, a riqualificare l'assistenza sanitaria migrando verso forme più appropriate e meno costose, capaci di abbattere la mobilità passiva extraregionale.

La riqualificazione (anche strutturale e tecnologica) dell'offerta ospedaliera consente un notevole miglioramento della efficacia e della efficienza nell'uso delle risorse con risparmi connessi non solo dalla chiusura di vecchi ospedali, con elevati costi di manutenzione e gestione, ma anche dalla realizzazione di nuove strutture, che consentono grazie alle nuove tecnologie ed ai nuovi standard costruttivi minori costi di gestione e manutenzione, connessi all'efficientamento energetico, alla migliore logistica ed alla concentrazione delle risorse umane e delle infrastrutture in pochi centri di eccellenza in grado di sfruttare al meglio le dotazioni tecnologiche.

***Obiettivi specifici***

Gli obiettivi specifici che si intendono raggiungere sono i seguenti:

**OS1: Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri**

L'obiettivo che si intende raggiungere consiste nella realizzazione di nuove strutture, conformi ai più recenti standard ospedalieri nazionali, e contestuale dismissione o riconversione degli edifici attualmente adibiti allo svolgimento delle funzioni sanitarie.

**OS2: Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri**

L'obiettivo che si intende raggiungere consiste nella messa a norma dei presidi sanitari dal punto di vista strutturale e impiantistico nel rispetto delle attuali normative vigenti in materia, garantendo in tal modo a tutti gli utenti la piena fruibilità delle strutture in condizioni di sicurezza. Inoltre, gli ultimi



provvedimenti regionali in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera hanno rideterminato l'offerta sanitaria, sia in termini di unità operative presenti in ciascun presidio ospedaliero che in termini di posti letto. L'obiettivo specifico che pertanto si intende perseguire consiste dalla redistribuzione degli spazi interni delle strutture ospedaliere al fine di soddisfare i requisiti richiesti dalle normative per l'accreditamento e garantire nel contempo adeguati standard di accoglienza e confort.

**OS3: Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale**

L'obiettivo è accrescere l'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie adeguando la capacità di diagnosi ai progressi scientifici. Per raggiungere questo obiettivo, unitamente all'ammodernamento tecnologico delle apparecchiature sanitarie, alcuni interventi prevedono l'implementazione di tecnologie informatiche, hardware e software.

**OS4: Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale**

Nella nostra cultura sanitaria ospedalocentrica, si pensa che tutte le prestazioni sanitarie vengano erogate in ospedale. Quest'ultimo, invece, dovrebbe essere utilizzato solo per le acuzie, come previsto dalla rete ospedaliera di cui al DCA n. 64/2016, demandando il resto alla prevenzione e al territorio. In tale ottica questo obiettivo specifico si propone di adeguare e implementare la rete territoriale regionale la quale, in modo integrato con quella ospedaliera e dell'emergenza urgenza, anche con la sperimentazione del modello di Casa della Salute, consenta una reale innovazione organizzativa rendendo possibile lo sviluppo di un modello effettivo di presa in carico del paziente integrata e continuativa, fornendo una qualificata risposta ai bisogni assistenziali complessi anche delle persone affette da patologie croniche.

**OS5: Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri**

Le azioni da porre in essere nell'ambito del programma devono condurre alla progressiva riduzione della mobilità passiva extra regionale con un impatto economico, oltre che sociale, positivo (il saldo negativo di mobilità regionale è attualmente pari a circa 300 milioni annui).

***Obiettivi operativi***

Gli obiettivi operativi rappresentano i prodotti delle attività che si traducono in azioni puntuali, cioè in interventi progettuali.

Il raggiungimento dell'obiettivo operativo, pertanto, si concretizza, con la realizzazione dell'intervento contribuendo in tal modo al raggiungimento di uno o più obiettivi specifici.

Per il dettaglio degli obiettivi parziali (interventi) si rimanda alle successive sezioni.

Nella tabella seguente è proposta la "catena degli obiettivi generali, specifici e operativi", dalla quale appare evidente che gli interventi proposti rispondono sinergicamente alle finalità generali di riordino delle reti ospedaliera e territoriale con la realizzazione di nuovi ospedali, il potenziamento di strutture esistenti e la razionalizzazione dei servizi territoriali, in stretta integrazione con il quadro complessivo degli obiettivi strategici regionale.



<b>CATENA DEGLI OBIETTIVI GENERALI, SPECIFICI E OPERATIVI – PRIMO STRALCIO OPERATIVO E TERZO STRALCIO DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE</b>		
<b>Obiettivi Generali (G)</b>	<b>Obiettivi Specifici (S)</b>	<b>Obiettivi Operativi (O) Interventi</b>
OG1 - Riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale regionale in termini di maggiore appropriatezza delle prestazioni per acuti e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST1-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza
		ST3-NO9 - Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST1-AD1 - Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona
		ST1-AD2 - Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST1-AD2 - Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme
		ST1-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza
		ST1-CS4 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST1-PT5 - Acquisto e installazione di un agiografo biplanare per il GOM di Reggio Calabria
ST1-CS4 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza		
OG2 - Ammodernamento della rete ospedaliera e territoriale regionale attraverso l'adeguamento normativo dei presidi ospedalieri a standard dimensionali, strutturali e qualitativi e potenziamento tecnologico	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST1-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza
		ST3-NO9 - Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST1-AD1 - Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona
		ST1-AD2 - Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST1-AD2 - Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme
		ST1-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza
		ST1-CS4 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST1-PT5 - Acquisto e installazione di un agiografo biplanare per il GOM di Reggio Calabria
ST1-CS4 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza		
OG3 - Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST1-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza
		ST3-NO9 - Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST1-AD1 - Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona
		ST1-AD2 - Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST1-AD2 - Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme
		ST1-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza
		ST1-CS4 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST1-PT5 - Acquisto e installazione di un agiografo biplanare per il GOM di Reggio Calabria
		ST1-CS4 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza
	OS5 - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	ST1-AD1 - Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona
ST1-AD2 - Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme		
ST1-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza		
		ST1-PT5 - Acquisto e installazione di un agiografo biplanare per il GOM di Reggio Calabria



<i>CATENA DEGLI OBIETTIVI GENERALI, SPECIFICI E OPERATIVI – SECONDO STRALCIO PROGRAMMATICO</i>		
<i>Obiettivi Generali (G)</i>	<i>Obiettivi Specifici (S)</i>	<i>Obiettivi Operativi (O) Interventi</i>
OG1 - Riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale regionale in termini di maggiore appropriatezza delle prestazioni per acuti e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST2-NO6 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO6 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
		ST2-CS7 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro
OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	
OG2 - Ammodernamento della rete ospedaliera e territoriale regionale attraverso l'adeguamento normativo dei presidi ospedalieri a standard dimensionali, strutturali e qualitativi e potenziamento tecnologico	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST2-NO6 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO6 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
		ST2-CS7 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro
OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	
OG3 - Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST2-NO6 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO6 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
		ST2-CS7 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini
OS5 - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	ST2-CS7 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro	
		ST2-NO6 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
		ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini



***B.2.a3 Interventi progettuali***

Gli interventi progettuali di seguito descritti riguardano tutti gli interventi rientranti nel complessivo quadro programmatico regionale in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera.

In particolare viene individuato un primo stralcio attuativo comprendente gli interventi che la Regione intende realizzare nell'ambito del presente Accordo di Programma.

Un secondo stralcio programmatico, comprendente invece gli interventi della città di Catanzaro, la cui concreta attuazione è subordinata alla conclusione del processo di accorpamento tra l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", che pertanto richiederà la sottoscrizione di un successivo Accordo di Programma.

Completa il quadro programmatico complessivo l'intervento riguardante l'ampliamento del Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria la cui iniziativa è stata ritenuta valutabile nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'INAIL.

**Primo stralcio interventi – Attuativo (da realizzare con il presente AdP)**

1. Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona (Appalto di lavori, forniture e servizi)
2. Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme (Appalto di lavori, forniture e servizi)
3. Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza (Concessione di progettazione ed esecuzione, forniture e gestione di servizi non sanitari)
4. Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza (Concessione di progettazione ed esecuzione, forniture e gestione di servizi non sanitari)
5. Potenziamento Tecnologico del GOM di Reggio Calabria. Acquisto e installazione di un angiografo biplanare. (Appalto di forniture)

**Secondo stralcio interventi – Programmatico (da realizzare con successivo AdP)**

6. Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro (Concessione di progettazione ed esecuzione, forniture e gestione di servizi non sanitari)
7. Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro (Appalto di lavori, forniture e servizi)
8. Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini (Appalto di lavori, forniture e servizi)

**Terzo stralcio interventi – Programmazione regionale**

9. Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria (Appalto di lavori, forniture e servizi).



Tabella riepilogativa interventi						
Primo stralcio interventi - Attuativo						
Cod. int.	Intervento	Importo totale intervento (Euro)	Fondi Statali art. 20 L. 67/88 (Euro)	Fondi Statali art. 71 L. 488/98 (Euro)	Fondi Regionali (Euro)	Fondi da risorse private (PPP) (Euro)
ST1-AD1	Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona	25.000.000,00	23.750.000,00	-----	1.250.000,00	-----
ST1-AD2	Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme	20.000.000,00	19.000.000,00	-----	1.000.000,00	-----
ST1-NO3	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza	375.000.000,00	174.705.000,00	-----	9.195.000,00	191.100.000,00
ST1-CS4	Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza	45.000.000,00	20.900.000,00	-----	1.100.000,00	23.000.000,00
ST1-PT5	Potenziamento tecnologico del GOM di Reggio Calabria. Acquisto e installazione di un angiografo biplanare.	1.570.804,41	1.492.264,19	-----	78.540,22	-----
<b>Totale primo stralcio</b>		<b>466.570.804,41</b>	<b>239.847.264,19</b>	<b>0,00</b>	<b>12.623.540,22</b>	<b>214.100.000,00</b>
Secondo stralcio interventi - Programmatico						
Cod. int.	Intervento	Importo totale intervento (Euro)	Fondi Statali art. 20 L. 67/88 (Euro)	Fondi Statali art. 71 L. 488/98 (Euro)	Fondi Regionali (Euro)	Fondi da risorse private (PPP) (Euro)
ST2-NO6	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro	170.000.000,00	48.555.468,37	17.571.984,68	17.072.546,95	86.800.000,00
ST2-CS7	Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro	40.000.000,00	10.000.000,00	-----	30.000.000,00	-----
ST2-AD8	Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	25.000.000,00	10.000.000,00	-----	15.000.000,00	-----
<b>Totale secondo stralcio</b>		<b>235.000.000,00</b>	<b>68.555.468,37</b>	<b>17.571.984,68</b>	<b>62.072.546,95</b>	<b>86.800.000,00</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>701.570.804,41</b>	<b>308.402.732,56</b>	<b>17.571.984,68</b>	<b>74.696.087,17</b>	<b>300.900.000,00</b>
Terzo stralcio interventi - Programmazione regionale						
Cod. int.	Intervento	Importo totale intervento (Euro)	Fondi Statali art. 20 L. 67/88 (Euro)	Fondi INAIL (Euro)	Fondi Regionali (Euro)	Fondi da risorse private (PPP) (Euro)
ST3-NO9	Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria	180.000.000,00	0,00	180.000.000,00	0,00	0,00



***INTERVENTI PRIMO STRALCIO  
ATTUATIVO***



**INTERVENTO N. 1 - ST1-AD1**

**ASP DI CROTONE**

**ADEGUAMENTO E POTENZIAMENTO DELL'OSPEDALE DI CROTONE**

Il Presidio Ospedaliero "San Giovanni di Dio" di Crotona rappresenta l'Ospedale unico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona, il cui contesto di riferimento si estende a tutto il territorio dei 27 comuni della Provincia, con una popolazione complessiva, al 1° gennaio 2017 di 175.566 abitanti di cui, 87.925 maschi e 87.641 femmine e con una popolazione di ultrasessantacinquenni pari al 19 %.

L'ospedale, la cui costruzione risale agli anni settanta, sorge in un'area di circa 29.000 mq attigua al centro urbano, ben servita dalla viabilità esistente.



Figura 1 – Inquadramento urbanistico



Figura 2 – Aerofoto edificio

l'organismo edilizio ospedaliero può essere classificato come un monoblocco (per la degenze a otto piani) con piastra dei servizi (che si sviluppa in più zone e in più piani).

Le strutture portanti sono costituite da telai in cemento armato e solai in laterizio e cemento armato. Le pareti di tamponamento sono in laterizi forati.

La superficie coperta è di circa 8.800 mq mentre il volume complessivo è di circa 122.000 mc.

In passato, a valere sui finanziamenti della prima fase del programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/88, sono stati realizzati una serie di interventi riguardanti l'eliminazione di alcune situazioni di degrado e di pericolo, il rifacimento dell'impianto idrico e di climatizzazione di alcuni reparti, l'adeguamento alle normative vigenti degli impianti elettrici e dei gas medicali, il rifacimento dell'impianto di illuminazione di emergenza dell'intero

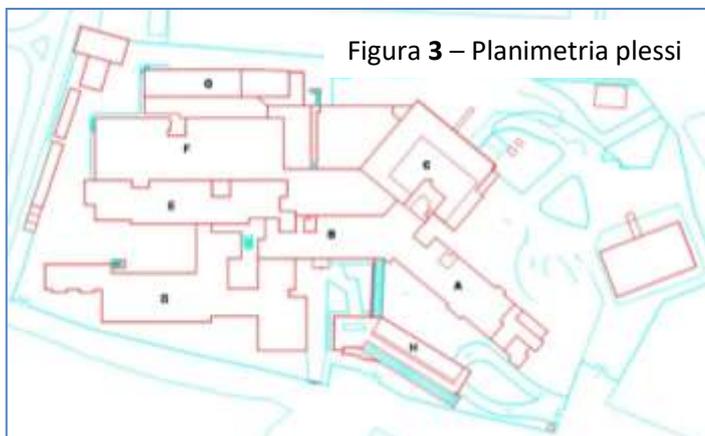


Figura 3 – Planimetria plessi





Ospedale, la riqualificazione di altri spazi del presidio.

È stato inoltre realizzato un nuovo edificio a due livelli, di circa 550 mq per piano, direttamente collegato con l'edificio centrale dove sono state allocate la cucina e la dispensa.

Di recente sono stati realizzati, con fondi aziendali, interventi di ristrutturazione che hanno riguardato le sale parto e le unità operative di pediatria e cardiologia.

A valere su fondi stanziati dal Ministero dell'Ambiente nell'ambito del Programma Operativo Interregionale "Energie Rinnovabili e Risparmio Energetico" è stato realizzato un intervento che ha previsto la realizzazione del cappotto termico dell'intero presidio ospedaliero, la sostituzione degli infissi e l'installazione di un impianto di condizionamento.

Il Presidio Ospedaliero di Crotona, nell'ambito della riorganizzazione delle reti assistenziali, approvate con DCA n. 64/2016, viene individuato quale presidio Spoke dotato di DEA di primo livello, con presenza delle discipline di alta e altissima diffusione dell'area medica, dell'area chirurgica, dell'area materno infantile, dell'area psichiatrica e dell'area dei servizi sanitari di supporto.

Il provvedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera assegna pertanto al Presidio Ospedaliero di Crotona un nuovo e diverso ruolo, configurandolo come una struttura ad alta tecnologia per la diagnosi e il trattamento dei ricoveri urgenti e programmati, comunque strettamente integrata con gli altri punti della rete ospedaliera regionale e con i servizi territoriali di diagnostica e specialistica ambulatoriale, ridefinendo anche la strutturazione dei posti letto e delle discipline.

In particolare l'Ospedale è dotato di un DEA di primo livello con attività di pronto soccorso in grado di compiere interventi diagnostico-terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro HUB o al polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

La struttura di pronto soccorso del DEA dispone di una dotazione di servizi ospedalieri di base e specialistici di complessità medio-alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

La struttura è dotata oltre che di 8 posti letto di medicina e chirurgia "urgenza anche di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI).

La riorganizzazione interna del presidio ospedaliero si basa sul modello dipartimentale, ovvero un modello organizzativo che risponda, nel modo più appropriato, alla elevata complessità del sistema, che consenta di raggiungere i livelli di appropriatezza, efficacia ed efficienza richiesti per garantire ai cittadini le attività e prestazioni definite dal LEA assistenza ospedaliera.

Laddove situazioni logistiche non consentono "immediata aggregazione fisica delle unità operative, "organizzazione dipartimentale, comunque, va perseguita attraverso "aggregazione funzionale delle unità operative.

Il presidio ospedaliero aziendale è quindi articolato nei seguenti dipartimenti:

- dipartimento AFO Medica;
- dipartimento AFO Chirurgica;
- dipartimento AFO Servizi Sanitari Diagnostici e di Supporto;

Trovano, inoltre, collocazione nel Presidio Ospedaliero unico aziendale unità operative afferenti funzionalmente ai cosiddetti Dipartimenti misti (ospedale-territorio) quali:

- il dipartimento Emergenza Urgenza e Accettazione con le UU.00. di MCAE e Terapia Intensiva (anestesia e rianimazione).
- il dipartimento interaziendale Materno infantile con le UU.00. di Ostetricia e Ginecologia, Pediatria e Neonatologia con TIN.
- il dipartimento di Salute mentale e delle dipendenze con la U.O. di SPDC.

I posti letto e le discipline del Presidio Ospedaliero di Crotona sono quelle stabilite dal DCA n. 64/2016 e riportate nella seguente tabella.



PRESIDIO OSPEDALIERO DI CROTONE						
Discipline e posti letto DCA n. 64/2016						
Area	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Posti letto programmazione regionale			
			Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL
CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE			30	30
	14	CHIRURGIA VASCOLARE			4	4
	34	OCULISTICA				-
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			30	30
	38	OTORINOLARINGOIATRIA				-
	98	DAY SURGERY		8		8
			-	8	64	72
EMERGENZA-URGENZA	51	MCAE			8	8
			-	-	8	8
MATERNO INFANTILE	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			2	2
	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		4	26	30
	39	PEDIATRIA	2		8	10
	31	NIDO			10	10
	62	NEONATOLOGIA			10	10
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			4	4
			2	4	50	56
MEDICA	02	DAY HOSPITAL	6			6
	05	ANGIOLOGIA				-
	08	CARDIOLOGIA			20	20
	18	EMATOLOGIA				-
	21	GERIATRIA			20	20
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	2		8	10
	26	MEDICINA GENERALE			36	36
	26	MEDICINA GENERALE				-
	29	NEFROLOGIA	2		8	10
	32	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT I LIV.)			10	10
	40	PSICHIATRIA	2		14	16
	52	DERMATOLOGIA				-
	54	EMODIALISI			21	21
	58	GASTROENTEROLOGIA				-
	64	ONCOLOGIA	3		7	10
68	PNEUMOLOGIA				-	
			15	-	123	138
MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	03	ANATOMIA PATOLOGICA				-
	61	MEDICINA NUCLEARE				-
	69	RADIOLOGIA				-
	100	LABORATORIO D'ANALISI				-
	102	SERVIZIO TRASFUSIONALE				-
			-	-	-	-
POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE				-
			-	-	-	-
SUPPORTO	124	FARMACIA OSPEDALIERA				-
	DS	DIREZIONE MEDICA P.O.				-
			-	-	-	-
TERAPIE INTENSIVE	49	TERAPIA INTENSIVA			10	10
	50	UNITA' CORONARICA			10	10
			-	-	20	20
<b>Totale</b>			<b>17</b>	<b>12</b>	<b>265</b>	<b>294</b>



L'attivazione di nuove specialità e dei corrispondenti posti letto, la riorganizzazione del nuovo assetto logistico dei servizi ospedalieri oltre precarie condizioni in cui versa il presidio dal punto di vista strutturale e impiantistico rendono necessari una serie di interventi di adeguamento funzionale, strutturale, impiantistico e tecnologico per i quali l'ASP di Crotona dispone di un Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica.

In considerazione di quanto rappresentato, nell'ambito delle risorse finanziarie assegnate nel presente Accordo pari a € 25.000.000,00, l'intervento denominato ***"Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona"***, ad integrazione dei diversi interventi di adeguamento già eseguiti in passato, prevede quanto segue:

### **1. Interventi di miglioramento sismico dell'intero Presidio Ospedaliero.**

Il Presidio Ospedaliero ricade nella categoria degli edifici di interesse strategico, per i quali l'art. 2 comma 3 dell'O.P.C.M. 3274/2003 prevede l'obbligo di procedere ad effettuare le verifiche tecniche di sicurezza nei confronti delle azioni sismiche. L'esecuzione di tali verifiche presuppone lo svolgimento di alcune attività propedeutiche, ivi incluse le prove e i sondaggi (su materiali strutture e sottosuolo) per raggiungere il livello di conoscenza necessario, il ripristino dello stato dei luoghi, nonché il rilievo delle strutture del presidio ospedaliero "San Giovanni di Dio" di Crotona.

Le verifiche di vulnerabilità sismica dovranno essere svolte ai sensi dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri (O.P.C.M.) n. 3274 del 20.03.2003 e s.m. e i. e delle Norme Tecniche per le Costruzioni approvate con D.M. 17.01.2018 (NTC), che di recente hanno aggiornato, ponendosi comunque in continuità e confermandone l'impostazione concettuale e metodologica, le precedenti Norme Tecniche per le Costruzioni del 2008 (D.M. 14.01.2008).

Sono previste le seguenti fasi di attività:

- **Fase 1. Pianificazione delle indagini conoscitive** che prevede la raccolta e l'analisi della documentazione esistente; la raccolta dei dati amministrativi, tecnici e geologici; la ricostruzione della storia progettuale, analisi storico critica costruttiva e sismica dell'edificio; lo studio sullo stato generale di conservazione dell'opera e definizione delle specifiche delle indagini da eseguire, per il Livello di Conoscenza prefissato, pari a LC2. Al termine di questa fase, il tecnico dovrà produrre il progetto del piano di indagini completo della tipologia di prove, localizzazione, modalità di esecuzione e ogni dettaglio utile per la loro corretta effettuazione, comprese le indicazioni circa i lavori di ripristino dei luoghi.
- **Fase 2. Esecuzione delle indagini conoscitive** che si articola in 2 sottofasi: la prima di raccolta dati e la seconda di esecuzione vera e propria delle indagini. La raccolta dei dati comprende le seguenti attività: conoscenza geometrica degli elementi strutturali e prestazionale dell'edificio; descrizione generale dell'edificio; la relazione sulle fondazioni; il rilievo fotografico, grafico e strutturale dell'edificio; rilievo grafico e fotografico del quadro fessurativo e sua interpretazione; la relazione sullo stato generale di conservazione dell'opera e definizione delle specifiche delle indagini da eseguire; il crono programma delle indagini. Sulla scorta delle specifiche definite nella prima sottofase, nella seconda sottofase si provvederà all'esecuzione delle indagini conoscitive e delle prove da eseguirsi sui materiali, sulle strutture e sui terreni di fondazione. Successivamente, il tecnico incaricato dovrà produrre la relazione di restituzione dei risultati delle prove e indagini effettuate produrre un documento finale denominato "Sintesi conoscitiva e campagna di indagine". Nello specifico in detta relazione, a seguito delle elaborazioni sopra effettuate, il tecnico dovrà dichiarare il Livello di Conoscenza ed il relativo fattore di confidenza acquisito attraverso le indagini, per poi definire i valori dei parametri di calcolo utilizzati nel modello per la valutazione della vulnerabilità.
- **Fase 3. Modellazione strutturale e verifica di vulnerabilità.** Con riferimento alle informazioni dedotte dalle 2 fasi precedenti, si analizzerà la risposta sismica del complesso, l'idoneità statica e il



comportamento strutturale degli elementi costruttivi mediante software di modellazione strutturale. Al termine di questa fase, il tecnico dovrà produrre la relazione di “Valutazione della vulnerabilità sismica” in cui verranno illustrati i risultati delle verifiche eseguite e procedere ad una analisi critica delle risultanze delle stesse, nonché le Schede di sintesi della verifica sismica per gli edifici strategici ai fini della protezione civile o rilevanti in caso di collasso a seguito di evento sismico secondo la scheda conforme all'Ordinanza n. 3274/2003— articolo 2, commi 3 e 4, e D.M. 17/01/2018.

- **Fase 4. Intervento di Miglioramento sismico.** Sulla base dei risultati delle fasi precedenti saranno individuati gli interventi più appropriati ai fini del miglioramento sismico della struttura.

L'ASP di Crotona, ha affidato ad un professionista esperto del settore l'incarico per la redazione di una relazione di consulenza propedeutica alla definizione del piano delle indagini conoscitive preliminari sui materiali e sulle strutture del Presidio Ospedaliero. Nell'ambito di tale consulenza sono state fornite indicazioni relative alla tipologia, alla modalità di esecuzione e all'estensione delle indagini conoscitive sui materiali e sulle strutture necessarie per ottenere il livello di conoscenza LC2, da utilizzarsi ai fini della successiva progettazione del piano esecutivo delle indagini conoscitive della costruzione esistente, da redigersi all'esito dell'esecuzione di un rilievo completo della geometria strutturale del complesso ospedaliero. L'esecuzione delle indagini previste nella suddetta consulenza consentirà di poter disporre dei dati relativi ai dettagli costruttivi degli elementi strutturali e alle proprietà meccaniche dei materiali, dati questi che, unitamente ai risultati di un rilievo geometrico-strutturale e delle indagini sulla caratterizzazione delle proprietà geologiche e geotecniche del sottosuolo, consentiranno di poter effettuare le verifiche di vulnerabilità sismica del Presidio Ospedaliero.

Nell'ambito di tale consulenza è stata anche effettuata una stima orientativa dei costi. In particolare per quanto riguarda l'esecuzione delle indagini conoscitive su materiali, strutture e terreni di fondazione è stato stimato un costo pari a circa € 247.000,00. Relativamente alle competenze del tecnico incaricato all'esecuzione delle verifiche tecniche di vulnerabilità sismica, ivi incluse le attività previste nelle fasi da 1 a 3, il costo orientativo del servizio tecnico di ingegneria è pari a circa € 95.000,00. Tale costo è stato determinato facendo riferimento ad analisi di mercato e, per quanto applicabili, ai costi convenzionali riportati nell'OPCM n.3362 del 8 luglio 2004. Infine per quanto riguarda i costi di miglioramento sismico, ipotizzando all'esito delle verifiche tecniche dello stato di fatto un indicatore di rischio maggiore o uguale a 0,4, sono stati stimati in € 13.000.000,00 facendo riferimento, per quanto applicabili, ai costi convenzionali riportati nelle OPCM n. 3362 8.07.2004, OPCM n. 3278 del 29.12.2008, OPCM n. 2007 del 29.02.2012, OPCM n. 171 del 19.06.2014. Il costo include l'esecuzione delle opere di finiture e impianti strettamente connessi all'esecuzione delle opere strutturali.

Si sottolinea che tali costi sono orientativi e potranno essere definiti con accuratezza solo a valle delle verifiche di sicurezza dello stato attuale e della conseguente definizione dell'ipotesi di intervento sul complesso ospedaliero esistente. I costi in argomento dipendono strettamente, infatti, dai livelli di sicurezza precedenti l'intervento e da quelli raggiunti con esso, nonché dalla tipologia e dalla strategia di intervento adottata.

## **2. Interventi di adeguamento funzionale delle UU.OO. e messa a norma degli impianti.**

In coerenza con quanto stabilito dal DCA n. 64/2016, che ha ridisegnato le discipline ed il relativo numero dei posti letto del Presidio Ospedaliero di Crotona, sono previsti una serie di interventi di ristrutturazione finalizzati a garantire un razionale utilizzo delle superfici ed un maggior comfort alberghiero delle unità operative oggetto di intervento. L'obiettivo è quello di creare ambienti idonei per l'erogazione dei servizi sanitari e allo stesso tempo confortevoli e rassicuranti, in cui siano da una parte garantiti adeguati livelli di privacy, dall'altra favorite le comunicazioni interpersonali.



Negli ambienti oggetto di ristrutturazione sono previsti anche interventi di messa a norma dell'impianto elettrico, antincendio, di illuminazione, di condizionamento, dei gas medicali e idrico.

Inoltre, a seguito di apposita ricognizione, sono stati verificati gli impianti elevatori (n. 23 tra ascensori e montacarichi) presenti all'interno del Presidio Ospedaliero e individuate le azioni da intraprendere.

In particolare, nell'ambito della riorganizzazione più generale dei percorsi è prevista la realizzazione di un nuovo impianto ascensore, conforme alle normative di riferimento, con le seguenti caratteristiche: L=1470 mm; P= 1680 mm; portata 525 kg; capienza 6 persone; velocità 1 m/s e n. 9 fermate. Sono inoltre previsti interventi di adeguamento e messa in sicurezza su tutti gli impianti elevatori presenti.

Le aree su cui intervenire sono state individuate in considerazione delle pessime condizioni in cui si trovano alcune unità operative e servizi, rispetto ad altre per i quali invece nel recente passato sono stati effettuati interventi di ristrutturazione. In particolare saranno oggetto di intervento le unità operative di malattie infettive (piano terra), ortopedia (terzo piano), dermatologia e chirurgia (quarto piano), nefrologia (sesto piano), nonché il laboratorio analisi e la farmacia ospedaliera (piano terra).

I lavori saranno realizzati senza interruzione dell'attività sanitaria e limitando al massimo l'impatto delle attività di cantiere. Ciò sarà possibile grazie anche alla disponibilità di un piano "jolly" nel quale saranno temporaneamente spostate le attività sanitarie delle unità operative di volta in volta interessate dai lavori.

Il quadro economico di massima dell'intervento è il seguente:

**A Importo lavori a base d'asta**

A.1	Importo lavori	€	19.700.000,00
A.2	Oneri di sicurezza non soggetti a ribasso	€	300.000,00
<b>Totale importo a base d'asta</b>			<b>€ 20.000.000,00</b>

**B Somme a Disposizione**

B.1	Iva sui lavori	€	2.000.000,00
B.2	Spese tecniche	€	2.000.000,00
B.3	CNPAIA 4% sulle spese tecniche	€	80.000,00
B.4	Iva su B.2+B.3	€	457.600,00
B.5	Oneri amministrativi (SUA, ANAC, pubblicità....)	€	62.400,00
B.6	Imprevisti	€	150.000,00
B.7	Incentivi interni	€	200.000,00
B.8	Accantonamenti	€	50.000,00
<b>Totale B somme a Disposizione</b>			<b>€ 5.000.000,00</b>

**Totale € 25.000.000,00**

\*\*\*\*\*



**INTERVENTO N. 2 - ST1-AD2**

**ASP DI CATANZARO**

**ADEGUAMENTO E POTENZIAMENTO DELL'OSPEDALE DI LAMEZIA TERME**

Il Presidio Ospedaliero “Giovanni Paolo II” di Lamezia Terme, la cui costruzione risale agli anni settanta, sorge in un’area poco distante dal centro abitato e ben servita dalla viabilità esistente.



Figura 2 – Inquadramento urbanistico



Figura 2 – Aerofoto edificio

L’ospedale è costituito da due distinti corpi di fabbrica collegati tra loro da due passerelle e due corridoi di servizio. Si ha infatti:

- un primo corpo denominato “Degenze” che si sviluppa su sette livelli (1 seminterrato e 6 fuori terra), con una superficie complessiva dei piani di circa 28.000 mq e una struttura portante a telaio in cemento armato;





- un secondo corpo denominato “Piastra Servizi” che si sviluppa su tre livelli (1 seminterrato e 2 fuori terra) con una superficie complessiva dei piani di circa 18.000 mq e una struttura portante a telaio in cemento armato;



- due torri scala interposte tra le Degenze e la Piastra cui fanno capo i corridoi che collegano i due edifici principali.

Sempre all'interno dell'area ospedaliera è presente un ulteriore edificio denominato “Uffici e Riabilitazione”, costituito da due corpi di fabbrica, di superficie complessiva pari a circa 9.000 mq, collegati tra loro da un tunnel posto al piano interrato.

Dal punto di vista sanitario, la riorganizzazione regionale della rete ospedaliera assegna all'Ospedale di Lamezia Terme le funzioni di Spoke con DEA di primo livello.

Oltre al PO di Lamezia Terme, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro comprende anche i presidi ospedalieri di Soverato, classificato come ospedale generale, e il presidio ospedaliero di Soveria Mannelli, classificato come ospedale di zona disagiata.

I tre presidi ospedalieri insieme, rappresentano le strutture operative mediante le quali l'Azienda assicura l'assistenza ospedaliera in modo unitario e integrato e costituiscono pertanto il presidio ospedaliero unico aziendale articolato al suo interno in dipartimenti e unità operative.

In particolare, il DCA n. 64/2016 di riorganizzazione della rete ospedaliera, ridisegnandone l'assetto, ha assegnato al PO di Lamezia Terme 280 posti letto distribuiti in varie discipline così come riportato nella tabella seguente.



PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAMEZIA TERME						
Discipline e posti letto DCA n. 64/2016						
Area	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Posti letto programmazione regionale			
			Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL
CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE			20	20
	34	OCULISTICA				-
	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA				-
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1		29	30
	38	AUDIOLOGIA E FONIATRIA				-
	38	OTORINOLARINGOIATRIA				-
	43	UROLOGIA			20	20
	98	DAY SURGERY		7		7
			1	7	69	77
EMERGENZA-URGENZA	51	MCAE			8	8
			-	-	8	8
MATERNO INFANTILE	31	NIDO			10	10
	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1		29	30
	39	PEDIATRIA	2		16	18
	39	PEDIATRIA				-
	62	NEONATOLOGIA				-
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE				-
			3	-	45	48
MEDICA	02	DAY HOSPITAL	5			5
	08	CARDIOLOGIA			14	14
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ.				-
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI				-
	26	MEDICINA GENERALE	2		28	30
	29	NEFROLOGIA				-
	32	NEUROLOGIA			10	10
	40	PSICHIATRIA			8	8
	52	DERMATOLOGIA				-
	54	EMODIALISI			18	18
	58	GASTROENTEROLOGIA				-
	64	ONCOLOGIA	3		5	8
	68	PNEUMOLOGIA	2		18	20
68	PNEUMOLOGIA (CENTRO FIBROSI CISTICA)				-	
			12	-	83	95
MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	03	ANATOMIA PATOLOGICA				-
	69	RADIOLOGIA				-
	100	LABORATORIO D'ANALISI				-
	101	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA				-
	102	SERVIZIO TRASFUSIONALE				-
			-	-	-	-
POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	8		26	34
			8	-	26	34
SUPPORTO	124	FARMACIA OSPEDALIERA				-
	DS	DIREZIONE MEDICA P.O.				-
			-	-	-	-
TERAPIE INTENSIVE	49	TERAPIA INTENSIVA			12	12
	50	UNITA' CORONARICA			6	6
			-	-	18	18
<b>Totale</b>			<b>24</b>	<b>7</b>	<b>249</b>	<b>280</b>



Per quanto riguarda invece gli aspetti strutturali, impiantistici, funzionali e tecnologici, gli edifici del presidio ospedaliero presentano diverse criticità. Nel corso degli anni gli interventi effettuati sono stati frammentari e circoscritti a causa della scarsità delle risorse economiche. Gli interventi più rilevanti sono stati finanziati attraverso la prima fase del programma di investimenti ex art. 20 della Legge n. 67/88 (acquisto di arredi e attrezzature della Piastra), e con l'Accordo di Programma Stralcio del 16/12/2004 (Realizzazione dell'impianto di climatizzazione dell'edificio Degenze, acquisto di una risonanza magnetica nucleare, realizzazione di nuovi ambulatori e collegamento Piastra-Degenza).

Anche la configurazione organizzativa e funzionale iniziale (discipline e numero di posti letto) si è profondamente modificata negli anni, senza che alla stessa sia seguito un coerente e integrato programma di adeguamento e rifunzionalizzazione degli spazi.

L'effetto di tali modifiche ha prodotto alterazioni sui percorsi ospedalieri, spesso non adeguati, ai quali si è dovuto porre rimedio con procedure scritte di natura funzionale.

Altre criticità riguardano gli aspetti legati alla prevenzione incendi e allo stato degli impianti di condizionamento e trattamento dell'aria.

Si rende inoltre necessario un potenziamento delle tecnologie sanitarie attraverso nuovi acquisti e l'aggiornamento di quelle esistenti.

Per quanto riguarda invece l'adeguamento sismico del Presidio Ospedaliero e la messa a norma del blocco operatorio e del punto nascita, l'Azienda ha in corso delle iniziative da realizzare attraverso l'utilizzo di altre fonti di finanziamento.

In considerazione di quanto rappresentato, nell'ambito delle risorse finanziarie assegnate nel presente Accordo pari a € 20.000.000,00, l'intervento denominato **"Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme"**, ad integrazione dei diversi interventi di adeguamento eseguiti già eseguiti in passato, prevede quanto segue:

1. Ristrutturazione e messa a norma dei reparti e dei servizi ospedalieri dei corpi di fabbrica principali (Piastra e Degenze), e dei corpi di fabbrica annessi compresi i relativi percorsi. Si tratta di una vera e propria redistribuzione degli spazi sulla base delle funzioni sanitarie assegnate all'ospedale dal DCA n. 64/2016 e nel rispetto dei requisiti necessari in materia di accreditamento, finalizzata anche a garantire un maggior confort alberghiero e un razionale utilizzo delle superfici.

L'assetto funzionale del PO di Lamezia Terme, prima e dopo l'intervento, viene sintetizzato nella seguente tabella:

Ubicazione	Attuale destinazione	Nuova destinazione
PT- Edificio Piastra	Rianimazione	M.C.A.E.
P1- Edificio Piastra	Laboratorio Analisi + Centro Trasfusionale	Rianimazione
P1 - Edificio Degenze	Otorino + parte Ortopedia	Ostetricia e Ginecologia
P1 - Edificio Degenze	Parte di Ortopedia	Neonatologia
P1 - Edificio Degenze	Oncologia	Pediatria
P2 - Edificio Degenze	Pediatria e parte di Oculistica	Ortopedia 30 P.L.
P2 - Edificio Degenze	Parte di Oculistica	Oculistica
P2 - Edificio Degenze	Urologia	Oncologia
P3 - Edificio Degenze	T.I.N.+ex Pediatria	Chirurgia Generale 20 P.L.
P3 - Edificio Degenze	Ostetricia e Ginecologia	Urologia 20 P.L. e Otorino Day Sargery
P4 - Edificio Degenze	Cardiologia e U.T.I.C	Neurologia 10 P.L.
P4 - Edificio Degenze	Fibrosi Cistica	Pneumatologia 20 P.L.
P4 -Edificio Degenze	Medicina interna	Medicina generale 28 P.L. +2 D.H.
P5 - Edificio Degenze	Neurogenetica e parte Chirurgia Generale	Cardiologia 14 P.L. + U.T.I.C.
P5 - Edificio Degenze	Malattie Infettive e parte di Chirurgia Generale	Neurogenetica



2. Adeguamento e messa a norma degli impianti tecnologici, di condizionamento, di prevenzione incendi, di illuminazione e dei gas medicali. In sostanza si tratta di dotare il presidio ospedaliero di un'impiantistica adeguata alla nuova organizzazione funzionale sopra descritta, garantendo i requisiti previsti dalle rispettive normative di riferimento.
3. Implementazione di tecnologie e attrezzature elettromedicali che sommariamente possono essere riassunte per come segue:
  - a) nuova TAC per il Pronto Soccorso;
  - b) nuovi Ecografi per ambulatori e reparti;
  - c) attrezzature e strumentario per endoscopia, otorinolaringoiatria, oculistica e cardiologia.
  - d) aggiornamenti tecnologici per attrezzature esistenti.

Il quadro economico di massima dell'intervento è il seguente:

**A Importo lavori a base d'asta**

A.1	Importo lavori	€	13.111.730,00
A.2	Oneri di sicurezza non soggetti a ribasso	€	393.351,90
<b>Totale importo a base d'asta</b>			<b>€ 13.505.081,90</b>

**B Somme a Disposizione**

B.1	Iva sui lavori	€	1.350.508,19
B.2	Spese tecniche	€	1.770.083,55
B.3	CNPAIA 4% sulle spese tecniche	€	70.803,34
B.4	Iva su B.2+B.3	€	404.995,12
B.5	Spese generali, collaudi, altri oneri IVA inclusa	€	31.214,99
B.6	Attrezzature IVA inclusa	€	2.867.312,91
<b>Totale B somme a Disposizione</b>			<b>€ 6.494.918,10</b>

**Totale € 20.000.000,00**

\*\*\*\*\*

**INTERVENTO N. 3 - ST1-NO3****AO DI COSENZA****REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI COSENZA****PREMESSE**

Le attuali condizioni critiche dell'Ospedale "Annunziata" di Cosenza, HUB regionale con DEA di II livello, richiedono l'adozione di urgenti provvedimenti, al fine di garantire un adeguato diritto di accesso ai cittadini in condizioni di sicurezza, nonché un'offerta sanitaria ispirata a criteri di appropriatezza organizzativa e funzionale, obiettivi perseguibili attraverso lo sviluppo di un progetto organico complessivo di realizzazione di un Nuovo Ospedale.

Le medesime criticità, che riducono l'effettiva disponibilità dei posti letto rispetto a quelli previsti negli strumenti di programmazione sanitaria regionale, sono state oggetto di una specifica previsione normativa nell'art. 36, comma 1 della L.R. 26 febbraio 2010, n. 8, che ha interamente sostituito il comma 7 dell'art. 51 della legge regionale 13 giugno 2008, n. 15, disponendo che *"La Giunta regionale è autorizzata a finanziare la progettazione e la realizzazione del nuovo presidio ospedaliero dell'Azienda ospedaliera di Cosenza in sostituzione di quelli esistenti, utilizzando le risorse finanziarie già assegnate alla Regione ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67. Si autorizza, anche l'eventuale valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare dell'Azienda, al fine di reperire risorse aggiuntive con il coinvolgimento dei soggetti privati"*.

La Regione Calabria, ai fini della valutazione tecnico-economica delle alternative localizzative, ha promosso la redazione di uno Studio di fattibilità, i cui esiti sono di seguito descritti.

**ANALISI DELLO STATO DI FATTO**

Le ragioni alla base della costruzione del Nuovo Ospedale di Cosenza partono dall'analisi dell'attuale situazione dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza che si compone di 3 distinti presidi:

- l'Ospedale dell'"Annunziata", edificato negli anni '30 e insistente su un'area di circa 4,5 ettari nel pieno centro della città di Cosenza, è il presidio più importante dei tre, conta 512 posti letto;
- Il Presidio Ospedaliero del "Mariano Santo", a distanza di circa 2 km dal plesso principale e anche questo risalente, nel suo nucleo storico, alla fine degli anni '30, conta 62 posti letto e ha nella medesima area l'edificio di Dermatologia;
- Il Presidio Ospedaliero "Santa Barbara" di Rogliano, distante oltre 15 km dalla città, di più recente edificazione, anni '60, ed oggetto di significativi interventi di adeguamento il 2006 e il 2009, conta 35 posti letto.

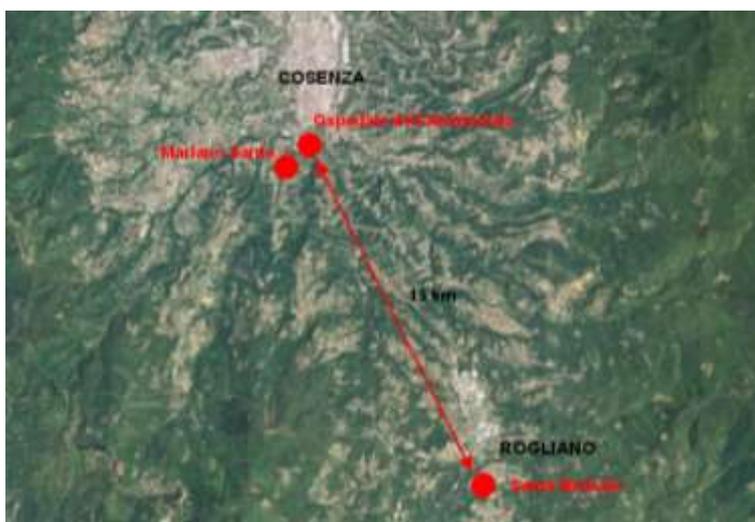


Figura 3 – Individuazione dei presidi ospedalieri esistenti

Da un punto di vista sanitario, la dislocazione delle attività in 3 presidi ospedalieri distinti tra loro ma con funzioni spesso sovrapponibili tende ad una duplicazione dei servizi di supporto, a maggiori spese di gestione e a bassi indici di prestazione del servizio sanitario, sia da un punto di vista del numero e della qualità dei servizi forniti, sia da un punto di vista del rapporto di sfruttamento dei posti letto a



disposizione, oltre ad oggettivi disagi per i degenti dovuti ai trasferimenti in ambulanza da padiglioni diversi in plessi diversi. In particolare si rilevano le seguenti criticità:

- la duplicazione e frammentazione di servizi ambulatoriali, di diagnostica per immagini, di attività chirurgica che portano ad una cattiva gestione delle risorse e dei dipendenti;
- la necessità di effettuare un adeguamento funzionale, edilizio, strutturale ed impiantistico di quasi tutti gli edifici ospedalieri (tranne il DEA di Cosenza e il Mariano Santo attualmente in via di adeguamento);
- inadeguatezza del parco tecnologico, con necessità di intervento mirato ad acquisire nuove strumentazioni tali da garantire sicurezza ai pazienti, diagnostica più qualificata e abbattimento delle liste d'attesa;
- incompletezza della dotazione di arredi per unità operative e servizi che risultano nella quasi totalità obsoleti e non conformi alla normativa;
- la presenza di una cucina in ogni plesso.

Da un punto di vista dell'analisi dei siti, si possono evidenziare problematiche comuni a tutti e tre i Presidi:

- una carenza strutturale negli accessi alle aree e nella viabilità interna, sia in termini di differenziazione dei flussi, sia in termini di dimensioni delle carreggiate e delle aree di manovra, in particolare nei presidi dell'Annunziata e di Rogliano;
- una carenza di parcheggi, e, come nel caso di Rogliano, una distanza di questi dai Presidi stessi;
- una problematica gestione del percorso dell'Emergenza, sia per la collocazione urbana e costretta delle aree ospedaliere sia per le distanze tra presidi ed elisuperfici (Annunziata e Rogliano);
- l'impossibilità di reperire adeguate aree di espansione che permettano il mantenimento di un percorso sanitario organico, anche in virtù dei vincoli sugli edifici esistenti.

La creazione di una nuova struttura, che riunisca le funzioni ora dislocate nelle tre strutture esistenti, permetterà di ottenere un nuovo ospedale con le seguenti caratteristiche:

- una progettazione che veda il malato al "centro", nella quale gli elementi di comfort e la facilità di fruibilità e orientamento partecipano ad aumentare il livello di accoglienza e cura, oltre ad essere finalizzata a soluzioni specifiche per diverse tipologie di utenza;
- una elevata flessibilità che permetta di riorganizzare gli spazi e le funzioni sanitarie in funzione dell'evoluzione delle tecnologie e dei processi di diagnosi e cura;
- la possibilità di integrare all'interno delle strutture spazi per la Didattica e la Ricerca, oltre che specifiche strutture per l'ospitalità di personale e parenti;
- una configurazione organizzativa e compositiva basata sulla prevalente orizzontalità dei corpi di fabbrica in rapporto alle necessità di relazione e complanarità delle diverse funzioni sanitarie;
- la massima integrazione con la città, cercando, con la sua presenza, di aumentare lo standard qualitativo per il cittadino;

L'ospedale dovrà essere attrattivo non solo per i pazienti (recuperare la mobilità passiva e migliorare le performance di mobilità attiva) ma anche per gli operatori. Da un punto di vista funzionale il nuovo ospedale dovrà caratterizzarsi per:

- essere una struttura per acuti;
- soddisfare gli obiettivi di qualità dell'assistenza e di ottimizzazione dei processi organizzativi e gestionali;
- la complessità della casistica trattata;
- il potenziamento del processo di deospedalizzazione mediante l'erogazione di prestazioni in setting assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero;
- Il miglioramento dell'integrazione ospedale-territorio e la continuità assistenziale;
- La concezione umanizzata ed umanizzante delle strutture, dei processi e delle relazioni.
- La distribuzione funzionale e spaziale dovrà attuare i seguenti criteri:
- articolarsi in aree funzionali omogenee e di tipo dipartimentale ispirate a modelli innovativi di organizzazione assistenziale come il modello per intensità di cura secondo logiche più centrate sui bisogni dei pazienti, differenziando l'organizzazione in funzione delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- mantenimento del numero dei posti letto assegnati dalla Programmazione Regionale, con degenza ad 1 o 2 posti letto con elevato standard alberghiero;



- centralizzazione dei servizi condivisi di diagnosi e cura: sale operatorie, laboratori, ambulatori, diagnostiche, radioterapia, ecc. in modo che siano utilizzabili da molteplici professionalità.

In conclusione, il nuovo ospedale dovrà realizzare:

- il miglioramento della qualità dell'assistenza percepita dagli utenti;
- il miglioramento dell'integrazione nel contesto produttivo e commerciale esistente;
- il miglioramento dell'utilizzo delle risorse professionali impiegate;
- l'ottimizzazione delle risorse tecnologiche;
- la riduzione dei costi di gestione.

## DIMENSIONAMENTO E POSTI LETTO

La costruzione del modello sanitario parte dall'analisi del DM 70/2015 e dalla programmazione regionale prevista per la Azienda Ospedaliera di Cosenza. Le tabelle sottostanti rappresentano la lista delle funzioni sanitarie previste nel Decreto Ministeriale per i DEA di I e II Livello e le funzioni sanitarie attivate in aggiunta dalla programmazione regionale, con la loro collocazione all'interno delle funzioni sanitarie previste nel modello sanitario e dimensionale in corso di elaborazione:

Funzioni da Decreto 70/2015	Collocazione nel modello sanitario	Reti ex D.M. 70/15
Medicina Interna	Degenza medica	
Chirurgia Generale	Degenza chirurgica	Rete Traumi
Anestesia e Rianimazione	Terapia intensiva	Rete Traumi
Ortopedia e Traumatologia	Degenza chirurgica e Terapia intensiva	Rete Traumi
Ostetricia	Polo materno/infantile	
Ginecologia	Degenza chirurgica	
Pediatria	Polo materno/infantile	
Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.)	Degenza medica Unità coronarica Blocco angiografico e Terapia intensiva	Rete per le emergenze Cardiologiche
Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24		
Neurologia con strokeunit	Degenza medica e Terapia intensiva	Rete Ictus
Psichiatria	Degenza medica (ma autonoma rispetto all'intensità di cura)	
Oncologia	Degenza medica (ma autonoma rispetto all'intensità di cura)	
Oculistica	Degenza chirurgica	
Otorinolaringoiatria	Degenza chirurgica	
Urologia	Degenza chirurgica	
Radiologia	Blocco Servizi Diagnostica per immagini	Rete Traumi
Laboratorio	Blocco Servizi Laboratorio analisi e anatomia patologica	Rete Traumi
Servizio Immunotrasfusionale	Blocco Servizi Area donazione e centro trasfusionale	Rete Traumi
OBI e subintensiva	Pronto Soccorso	
Neurochirurgia	Degenza chirurgica e Terapia Intensiva	Rete Traumi
Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica	Degenza chirurgica e Terapia intensiva	
Chirurgia Vascolare	Degenza chirurgica	Rete Ictus
Chirurgia Toracica	Degenza chirurgica	
Chirurgia Maxillo-facciale	Degenza chirurgica	
Chirurgia plastica	Degenza chirurgica	
Endoscopia digestiva ad elevata complessità	Blocco endoscopico	
Broncoscopia interventistica	Blocco endoscopico	
Radiologia interventistica	Diagnostica per immagini e Terapia intensiva	Rete Traumi
Rianimazione pediatrica e neonatale	Terapia Intensiva Polo materno/infantile	Rete Traumi
Medicina Nucleare	Blocco Servizi Diagnostica per immagini e Degenza medica (per la radioterapia metabolica, è in area protetta ex DM	



187/2000)

Funzioni previste in aggiunta dalla programmazione regionale per AOCS	Collocazione nel modello sanitario	Reti ex D.M. 70/15
Nefrologia (con abilitazione al trapianto del rene)	Degenza medica e Area Dialisi	
Chirurgia pediatrica	Degenza chirurgica Polo materno/infantile	
Odontoiatria e stomatologia	Degenza chirurgica	
Daysurgery	Degenza chirurgica	
Nido	Polo materno/infantile	
Allergologia	Degenza medica	
Day hospital	Degenza medica	
Ematologia	Degenza medica	
Endocrinologia	Degenza medica	
Geriatría	Degenza medica	
Malattie infettive	Degenza medica (ma autonoma rispetto all'intensità di cura)	
Dermatologia	Degenza medica	
Gastroenterologia	Degenza medica	
Pneumologia	Degenza medica	
Reumatologia	Degenza medica	
Radioterapia oncologica	Blocco Servizi Radioterapia	
Nefrologia pediatrica	Degenza Medica Polo materno/infantile	
Detenuti	Degenza medica (ma autonoma rispetto all'intensità di cura)	
Terapia del dolore	Degenza medica	
Anatomia patologica	Blocco Servizi Laboratorio analisi e anatomia patologica	
Ecografia d'urgenza	Blocco Servizi Diagnostica per immagini	
Neuroradiologia	Blocco Servizi Diagnostica per immagini	Rete Ictus
Microbiologia e virologia	Blocco Servizi Laboratorio analisi e anatomia patologica	
Recupero e riabilitazione	Degenza medica di post-acuzie e area riabilitazione	Rete Ictus
Lungodegenza	Degenza medica (da non prevedere all'interno del nuovo ospedale)	
Farmacia ospedaliera	Blocco Servizi Farmacia	
Direzione medica	Uffici di Direzione	
Fisica sanitaria	Blocco Servizi Fisica sanitaria	

Posti letto ed il dimensionamento delle aree ospedaliere e di supporto:

AREE FUNZIONALI	SPECIFICHE ATTIVITA'	SUPERFICIE TOTALE (mq)	P.L.	NOTE	COLLOCAZIONE
EMERGENZA/URGENZA		4.000,00	20		
Pronto Soccorso				1 SALA ENDOSCOPICA	PIASTRA
	Pronto Socc. Pediat.				PIASTRA
	Pronto Socc. Ostetr.				PIASTRA
	Pronto Socc. Ortop.				PIASTRA
Continuità assistenziale					PIASTRA - FUNZIONE TERRITORIALE
Area 118					PIASTRA - FUNZIONE TERRITORIALE
Area diagnostica ad uso esclusivo				1 TAC, 3 RX TRAD., 1 ECOGRAFO	PIASTRA



Area OBI/Medicina di urgenza	20 12 OBI	PIASTRA
------------------------------	-----------	---------

AREE FUNZIONALI	SPECIFICHE ATTIVITA'	SUPERFICIE TOTALE (mq)	P.L.	NOTE	COLLOCAZIONE
<b>DEGENZE</b>		<b>30.415,00</b>	<b>553</b>		
<b>Degenza medica</b>			<b>255</b>		TORRI
	Degenza ordinaria di Medicina		<b>175</b>		TORRI
	Degenza infettivologica ed ematologia		<b>34</b>		TORRI
	Degenza oncologica		<b>30</b>		TORRI
	Degenza psichiatrica		<b>16</b>		TORRI
<b>Degenza chirurgica</b>			<b>160</b>		TORRI
<b>Day hospital</b>			<b>66</b>		PIASTRA
<b>Daysurgery</b>			<b>41</b>		PIASTRA
<b>Prericoveri</b>					PIASTRA AMBULATORIALE
<b>Post-acuzie</b>			<b>11</b>		TORRI
<b>Lungodegenze</b>			<b>20</b>		TORRI
<b>DEGENZA INTENSIVA</b>		<b>1.600,00</b>	<b>27</b>		
<b>Terapia intensiva</b>			<b>17</b>		PIASTRA
<b>UTIC</b>			<b>10</b>		PIASTRA
<b>AREA AMBULATORIALE</b>		<b>5.000,00</b>	<b>100</b>	<b>100 AMBULATORI</b>	
	Generici				PIASTRA AMBULATORIALE
	Chirurgici				PIASTRA AMBULATORIALE
	ALPI-Libera professione				PIASTRA AMBULATORIALE
<b>AREA OPERATORIA</b>		<b>5.400,00</b>			
	Blocco operatorio			<b>10 SALE ORDINARIE + 4 PER DAY SURGERY</b>	PIASTRA
	Blocco angiografico			<b>5 SALE + 1 SALA HIFU</b>	PIASTRA
<b>AREA MATERNO-INFANTILE</b>		<b>7.500,00</b>	<b>100</b>		
<b>Area punto nascita</b>				<b>5 SALE TRAVAG/PARTO + 3 SALE OPER.</b>	PIASTRA
<b>Day hospital</b>			<b>7</b>		PIASTRA
<b>Daysurgery</b>			<b>5</b>		PIASTRA
<b>Area neonatale</b>					TORRI
<b>Degenza pediatrica</b>			<b>14</b>		TORRI
<b>Degenza ostetricia e ginecologia</b>			<b>45</b>		TORRI
<b>Degenza neonatologia</b>			<b>19</b>		TORRI
<b>Terapia intensiva neonatale</b>			<b>10</b>		TORRI



Centro malattie rare					PIASTRA AMBULATORIALE
Neuropsichiatria infantile					PIASTRA AMBULATORIALE
AREE FUNZIONALI	SPECIFICHE ATTIVITA'	SUPERFICIE TOTALE (mq)	P.L.	NOTE	COLLOCAZIONE
AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		5.400,00	5		
Diagnostica generale				7 SALE RX	PIASTRA
Diagnostica specialistica				3 TAC + 2 RNM	PIASTRA
Diagnostica ecografica				4 SALE	PIASTRA
Area senologia				2 MAMMOGRAFIE	PIASTRA
Medicina Nucleare			5	1 SPECT + 1 PET	PIASTRA
AREA DI RADIOTERAPIA		1.900,00			
Area di accettazione e direzionale					PIASTRA
Area ambulatoriale e di simulazione					PIASTRA
Bunker				3 BUNKER + 1 SIMULATORE	PIASTRA
AREA DI LABORATORIO		5.500,00			
Area di accettazione e direzionale					PIASTRA AMBULATORIALE
Area analitica					PIASTRA AMBULATORIALE
Centro trasfusionale				16 DONATORI+ 8 TERAPIE	PIASTRA AMBULATORIALE
Centro prelievi				10 BOX PRELIEVO	PIASTRA AMBULATORIALE
AREA DI ENDOSCOPIA		1.500,00			
Area di accettazione e direzionale					PIASTRA
Area operativa				10 SALE	PIASTRA
Area lavaggio e disinfezione strumenti					PIASTRA
AREA DIALISI		1.850,00			
Area di accettazione e direzionale					PIASTRA AMBULATORIALE
Area operativa				30 POSTI + 2 DIALISI PERITONEALE E SEMIAUTOM.CA	PIASTRA AMBULATORIALE
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		1.700,00			
Area di accettazione e direzionale					PIASTRA AMBULATORIALE
Area trattamenti e palestre					PIASTRA AMBULATORIALE
FARMACIA		3.000,00			
Area operativa e depositi					PIASTRA LOGISTICA
FISICA SANITARIA		500,00			
Area operativa					PIASTRA LOGISTICA
CENTRALE DI STERILIZZAZIONE		1.500,00			



Area operativa	PIASTRA LOGISTICA
----------------	-------------------

AREE FUNZIONALI	SPECIFICHE ATTIVITA'	SUPERFICIE TOTALE (mq)	P.L.	NOTE	COLLOCAZIONE
SERVIZIO MORTUARIO		1.000,00			
Area operativa e camere ardenti				10 CAMERE ARDENTI, 10+10 CELLE FRIGORIFERE	PIASTRA
SPOGLIATOIO CENTRALIZZATO DEL PERSONALE		2.400,00			
Spogliatoi					PIASTRA LOGISTICA
AREA ACCOGLIENZA		1.800,00			
Hall					PIASTRA
Area Commerciale					PIASTRA
AREA FORMAZIONE		1.500,00			
Aule					PIASTRA AMBULATORIALE
FORESTERIA		800,00			
Camere				10 - 15 CAMERE	TORRI
SERVIZI RELIGIOSI		500,00			
Chiesa				100 POSTI	PIASTRA
AREA DIREZIONALE		14.000,00			
Uffici					PIASTRA
AREA SERVIZI TECNICI		3.000,00			
Uffici					PIASTRA LOGISTICA
Manutenzione					PIASTRA LOGISTICA
Ingegneria clinica					PIASTRA LOGISTICA
AREA LOGISTICA		14.500,00			
Archivi					PIASTRA LOGISTICA
Magazzini					PIASTRA LOGISTICA
Cucina					PIASTRA LOGISTICA
Mensa				300 POSTI	PIASTRA LOGISTICA
Lavanolo e guardaroba					PIASTRA LOGISTICA
Pulizie					PIASTRA LOGISTICA
SPAZI TECNICI		17.000,00			

SUPERFICIE TOTALE	133.265,00
POSTI LETTO TOTALI	705

### CONFRONTO TRA LE ALTERNATIVE LOCALIZZATIVE

Lo Studio di Fattibilità è stato improntato a consentire ai decisori finali di poter effettuare la scelta della localizzazione del sito sulla base di fattori analitici ed oggettivi. Al riguardo, sono state analizzate 3 aree di progetto nelle quali è stata ipotizzata la costruzione del Nuovo Ospedale, sia attraverso analisi cartografiche, sia attraverso indagini in sito:

- ✓ località Muoio;
- ✓ località Vaglio Lise;
- ✓ località Via degli Stadi.



Si è proceduto, quindi, all'inserimento del modello sanitario di riferimento nelle aree di progetto, effettuando lo studio della viabilità e degli accessi, sia interni che esterni, la valutazione economica dell'intervento, la relativa analisi economico-finanziaria ed effettuando, da ultimo, il confronto tra le ipotesi progettuali attraverso il confronto a coppie su un set di parametri prestabiliti.

Il confronto effettuato nell'ambito dello studio di fattibilità tra la localizzazione del Nuovo Ospedale in Località Vaglio Lise rispetto a quella in Località Muoio:

- a) evidenzia una preferibilità del progetto in Località Vaglio Lise da un punto di vista dell'applicabilità del modello sanitario e dimensionale del Nuovo Ospedale, soprattutto sul fronte della flessibilità e dell'ampliamento futuro;
- b) evidenzia una preferibilità del progetto in Località Vaglio Lise nell'ambito dell'inserimento territoriale ed urbanistico in virtù delle seguenti considerazioni:
  - ✓ il contesto territoriale in Località Muoio presenta delle criticità di pericolosità da frana (P2) e di rischio da frana (R2-R3) segnalate nel Piano Stralcio per l'Assetto Idrogeologico dell'Autorità di Bacino della Regione Calabria, legate all'orografia ed alla composizione del versante;
  - ✓ le suddette evidenze cartografiche hanno trovato riscontro negli esiti delle indagini geognostiche effettuate in località Muoio, in cui si individuano unità litologiche di versante collinare disposte su sedimenti sabbioso-arenacei, caratterizzati da una buona circolazione idrica sotterranea e da valori di permeabilità medio-alti; nella porzione centrale del sito si imposta una circolazione idrica sotterranea più consistente, che segue una fascia disposta trasversalmente al sito, in corrispondenza di un lineamento tettonico; la realizzazione del Nuovo Ospedale in località Muoio dovrebbe far fronte a questa discontinuità geologica mediante scelte di carattere strutturale tecnicamente impegnative ed economicamente onerose;
  - ✓ la pendenza del versante in Località Muoio costringe il progetto ad utilizzare un coefficiente di amplificazione topografica dell'azione sismica pari a 1.2, in un'area già complessivamente ad alto rischio sismico;
  - ✓ l'accessibilità globale, anche considerata la valenza regionale della nuova struttura, è migliore nell'area di Vaglio Lise vista la vicinanza con la Stazione FS, con la SS107 e la futura metropolitana di superficie;
  - ✓ l'impatto paesaggistico ed ambientale della realizzazione del Nuovo Ospedale sulla collina in località Muoio è di gran lunga più rilevante di quello connesso alla realizzazione della struttura in località Vaglio Lise, completamente pianeggiante, con particolare riguardo ai movimenti di terra, alla riduzione del verde, alla modifica del regime delle acque naturali ed all'impatto visivo, in rapporto alle preesistenze ed agli equilibri del paesaggio circostante;
  - ✓ le condizioni di rischio archeologico alto in località Muoio inducono a considerare attentamente una possibile localizzazione, rispetto alle condizioni di rischio basso in località Vaglio Lise;
  - ✓ l'acquisizione delle aree in Località Vaglio Lise risulta essere più semplice e meno onerosa in termini di frammentazione delle proprietà ai fini espropriativi;
  - ✓ l'area in Località Vaglio Lise risulta essere la più aderente agli obiettivi strategici del PSC appena da poco adottato dal Comune di Cosenza, anche considerata l'adesione al principio "Consumo di Suolo Zero";
- c) evidenzia una preferibilità del progetto in Località Vaglio Lise nell'impatto sociale ed urbano della Città di Cosenza nella sua totalità, e dell'area dell'Annunziata (sede dell'attuale ospedale) in particolare; associato alla collocazione della Cittadella della Salute, che raccoglierà all'interno del plesso del '39 tutte le funzioni sanitarie territoriali del distretto Cosenza-Savuto dell'ASP, il progetto riuscirà a ridare un ruolo centrale all'area dell'Annunziata nel sistema del centro storico, ricucendo, grazie agli interventi complementari nella zona di Via Popilia, la parte nord-est della città con la Stazione FS e Viale Parco e mantenendo la vocazione agricola della collina di Muoio;
- d) evidenzia una preferibilità del progetto in Località Vaglio Lise sul fronte del costo complessivo, della sostenibilità economico-finanziaria ed economico-sociale dell'operazione, sia in caso di appalto tradizionale che in caso di finanza di progetto: l'applicazione del modello sanitario e dimensionale e



la particolare orografica dell'area sulla collina di Muoio prevedono opere di consolidamento e messa in sicurezza del versante che comporta un forte aggravio di costi e allunga i tempi della realizzazione.

Il confronto effettuato nell'ambito dello studio di fattibilità tra la localizzazione del Nuovo Ospedale in Località Vaglio Lise rispetto a quella in Località Via degli Stadi:

- a) evidenzia una preferibilità del progetto in Località Vaglio Lise nell'ambito dell'inserimento territoriale ed urbanistico in virtù delle seguenti considerazioni:
  - ✓ l'accessibilità globale, anche considerata la valenza regionale della nuova struttura, è migliore nell'area di Vaglio Lise vista la vicinanza con la Stazione FS, con la SS107 e la futura metropolitana di superficie, e la contemporanea lontananza dell'area di Via degli Stadi dai grandi Hub del trasporto pubblico e dagli svincoli autostradali;
  - ✓ l'acquisizione delle aree in Località Vaglio Lise risulta essere più semplice e meno onerosa, vista anche la enorme frammentazione della proprietà esistente su Via degli Stadi, e l'area risulta essere la più aderente agli obbiettivi strategici del PSC appena adottato dal Comune di Cosenza;anche a fronte di un miglior inserimento e di un miglior orientamento del volume costruito della soluzione su Via degli Stadi;
- b) evidenzia una preferibilità del progetto in Località Vaglio Lise nell'impatto sociale ed urbano della Città di Cosenza nella sua totalità; con la collocazione della Cittadella della Salute in luogo dell'ospedale esistente, il progetto riuscirà a ridare un ruolo centrale all'area dell'Annunziata nel sistema del centro storico, ricucendo, grazie agli interventi complementari nella zona di Via Popilia, la parte nord-est della città con la Stazione FS e Viale Parco e mantenendo e rafforzando la vocazione, già esistente, di Cittadella dello Sport dell'area di Via degli Stadi/Viale Magna Grecia;
- c) evidenzia una leggera preferibilità del progetto in Località Vaglio Lise sul fronte del costo complessivo, della sostenibilità economico-finanziaria ed economico-sociale dell'operazione.

### COMPATIBILITA' URBANISTICA

L'area individuata per la costruzione del Nuovo Ospedale di Cosenza si estende per circa 12 ettari e risulta pressoché pianeggiante. Confina a est con i binari della ferrovia, a sud con la stazione FS, a ovest con la SS107 e a nord con l'area AMACO.

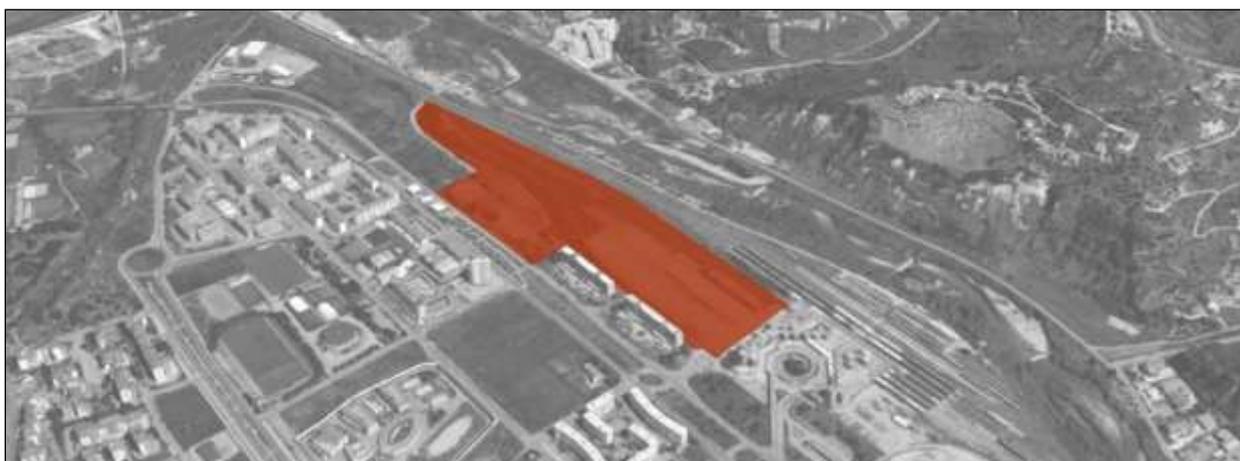


Figura 4 – Vista aerea dell'area di progetto in Località Vaglio Lise

- Le principali caratteristiche riguardanti l'area dell'intervento sono:
- INQUADRAMENTO URBANISTICO: il PRG di Cosenza colloca l'area all'interno del Piano Particolareggiato CASA CIRCONDARIALE con zone di tipo F1 (verde attrezzato), D5 (ferroviario) e F3 (Direzionale), mentre Il PSC adottato fa ricadere l'area nell'Azione Strategica Integrata n°3 "Porte urbane orientali" e nell'Ambito di trasformazione ATR05b "Porta del Commercio 2/ Parco Commerciale"; nell'ASI 3 vengono individuate le aree di Gergenti e Vaglio Lise come "luoghi ideali



nei quali collocare le grandi funzioni richieste dalla città (nuovo ospedale, poli intermodali e culturali, sedi amministrative, nuova residenzialità)”, mentre l’ATR05b prevede *“la realizzazione di residenze, attrezzature terziarie e direzionali, servizi e parcheggi”* con una SUL di 98.830 mq (di cui il 20 % di residenziale);

- RISCHIO IDROGEOLOGICO (dal P.A.I.): nessun rischio;
- RISCHIO SISMICO: Zona 1;
- RISCHIO ARCHEOLOGICO: Basso
- PROPRIETA’ DELLE AREE: l’area individuata si divide in 24 particelle; la maggior parte dell’area è occupata dall’ex scalo merci di RFI e dalla Motorizzazione Civile che è area demaniale.

L’accesso all’area può avvenire su Viale Busento, il tratto urbano della SS107. Dagli svincoli autostradali l’area è raggiungibile da Cosenza Nord attraverso la SS107, mentre da Cosenza Sud attraverso Via Pomponio Leto e Strada dell’Unità d’Italia. La connessione con il trasporto pubblico è data dalla Stazione FS (che è anche stazione delle di autobus urbano e extraurbano) che come l’hub Riforma in futuro sarà anche fermata della metropolitana di superficie.

Il collegamento con la stazione FS, per una struttura di riferimento regionale come il Nuovo Ospedale di Cosenza, diventa di fondamentale importanza anche in relazione alla volontà regionale di potenziare il servizio su rotaia espresso nel nuovo Piano Regionale dei Trasporti adottato con deliberazione n°503 del 06/12/2016 e pubblicato nel BURC n°2 del 05/01/2017, sia verso Paola che verso Catanzaro.

Di fondamentale importanza dovrà poi essere l’integrazione tra i due principali assi di collegamento Cosenza-Rende, ovvero Viale Parco e Viale Crati, in modo tale che il sistema Stazione FS e Ospedale possa aprirsi sia verso Viale Parco, sia verso il quartiere di Via Popilia e completare il Corridoio verde nord sud.

L’interramento della SS107, già suggerito dal PSC adottato, darebbe inoltre la possibilità di ridisegnare lo spazio tra Via Popilia e Viale Crati tra Via G. Storino e il quartiere residenziale a nord, ed integrarlo anche con le attrezzature sportive tra Viale Parco e Via Popilia ed eventualmente con un futuro riutilizzo dell’area della Casa Circondariale.



Figura 3 – Schema dei collegamenti trasversali

Il posizionamento della nuova struttura sanitaria a vocazione regionale e il contestuale intervento di ricucitura degli spazi tra gli assi longitudinali dovrebbe ridare vita alla Stazione FS di Vaglio Lise,



restituendole quella vocazione “commerciale e direzionale” per la quale era nata negli anni '80 contestualizzando, al contempo, anche l'edificio della Provincia nel medesimo sistema.

Attraverso lo strumento del Protocollo di Intesa verrà avviata la procedura di Variante urbanistica al PRG con il Comune di Cosenza per rendere la struttura compatibile con gli indici dell'area individuata.

### DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

L'applicazione del modello sanitario e dimensionale descritto nel precedente paragrafo 1.1 nell'area di Vaglio Lise ha prodotto un progetto con le seguenti caratteristiche:

- area di funzioni sanitarie 134.000 mq;
- parcheggio interrato per 1.000 posti auto di 25.000 mq per i dipendenti;
- parcheggi a raso per circa 600 posti per esterni, Pronto Soccorso e Servizio Mortuario e Dialisi;
- un Polo tecnologico di 6.000 mq;
- un volume di circa 640.000 mc di costruito.

Gli accessi principali all'area ospedaliera sono 3:

- da Via Alcide De Gasperi sono stati previsti due accessi separati per l'Emergenza da una parte, posta sull'angolo sud-ovest della piastra ospedaliera, e dall'altra per la logistica, i dipendenti e la morgue, che dà accesso ai piani interrati dalle rampe sul lato est;
- da Viale Crati è stato previsto l'accesso per l'utenza esterna, che dà accesso sia ai parcheggi a raso sul lato nord, sia al drop-off posto in prossimità dell'ingresso principale dell'ospedale.

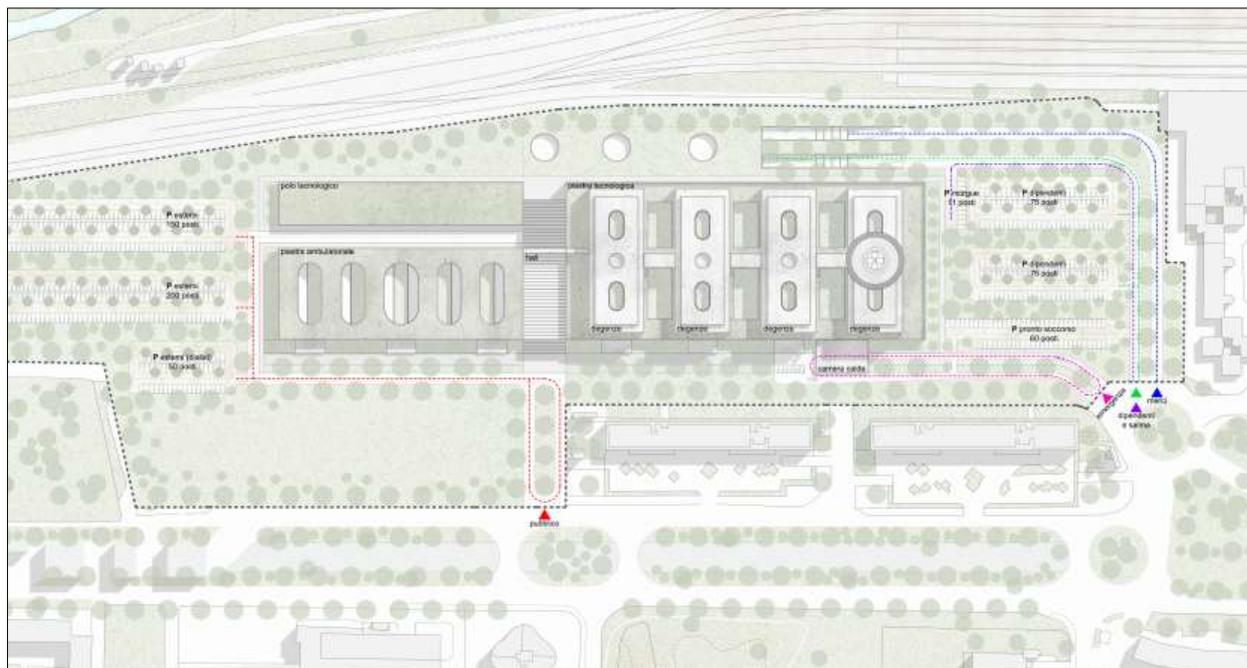


Figura 4 – Planimetria con indicazione degli accessi

La vicinanza con la ferrovia sul lato est e la contemporanea presenza sul lato ovest delle preesistenze gemelle delle sedi di UBI Banca e della Provincia di Cosenza, hanno vincolato il posizionamento del nuovo edificio all'interno dell'area di progetto. L'acquisizione dell'area dell'attuale Motorizzazione Civile ha permesso di dare l'indispensabile visibilità all'ingresso principale da Viale Crati, punto di partenza per ridisegnare e rivitalizzare l'intero Viale e le aree residenziali che si affacciano, oltre al collegamento con la Stazione FS; nella medesima direzione si pone la proposta di modifica della viabilità, nella quale l'interramento della viabilità di scorrimento, con conseguente interrimento dell'elettrodotto, della SS107 lungo Viale Crati, oltre a migliorare l'accessibilità all'area ospedaliera, riporterebbe il Viale ad una dimensione urbana compatibile con le possibili future trasformazioni legate alla collocazione di un polo di attrazione come l'ospedale.



L'attuale Via A. de Gasperi, che viene parzialmente assorbita all'interno dell'area ospedaliera, troverà un nuovo sbocco su Viale Crati in corrispondenza del confine nord-ovest dell'area di progetto.

L'inserimento dell'edificio ospedaliero prevede che la piastra si sviluppi lungo l'asse nord-sud e i volumi di degenza si sviluppino lungo l'asse est-ovest (con gli affacci delle camere di degenza a nord e a sud); l'ombreggiamento dato dai due edifici gemelli esistenti ha un impatto sulla piastra ospedaliera soprattutto nei mesi invernali.

Il progetto si fonda, compositivamente, sul modello piastra e torre, cercando, compatibilmente con l'area di progetto, di mantenere il giusto equilibrio tra orizzontalità e verticalità, in modo da preservare le relazioni funzionali senza allungare in maniera esagerata i percorsi interni; gli elementi della composizione sono principalmente 3:

- La piastra ospedaliera nella quale sono concentrate le funzioni di supporto logistico e le funzioni sanitarie ad alta tecnologia;
- La piastra ambulatoriale nella quale sono concentrate le funzioni sanitarie dell'Ospedale di giorno;
- Le torri di degenza.



Figura 5 – Inserimento paesaggistico

In posizione baricentrica tra le 2 piastre si colloca l'area dell'accoglienza, Hall ed ingresso principale dell'ospedale, su cui si affacciano le aree commerciali e tutte le funzioni sanitarie maggiormente correlate con l'utenza esterna.

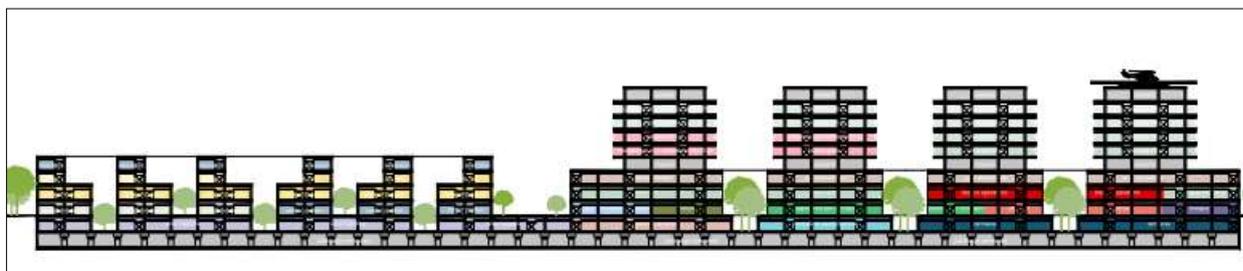


Figura 6 – Sezione nord-sud

Sopra al piano di parcheggi interrati si sviluppa una piastra ospedaliera su 4 Livelli (di cui 1 interrato dedicato alle funzioni di supporto sanitario) ed un sistema di 4 torri di 5 livelli ciascuna nelle quali sono



collocate le funzioni dell'Area materno-infantile e le degenze di area medica e di area chirurgica per intensità di cura.

La piastra ambulatoriale, posta sul lato nord dell'area di progetto, data la sua altezza contenuta, mitiga l'impatto della nuova struttura da Viale Crati.

Il piano -2, primo livello di parcheggi interrati, diventa anche il piano di collocazione e manutenzione degli isolatori sismici, necessari per garantire l'adeguata performance per un edificio strategico in zona sismica 1.

L'elisupeficie è collocata sulla copertura della torre più a sud, in corrispondenza delle sottostanti aree di Pronto Soccorso e Blocco Operatorio.

## LE FUNZIONI SANITARIE

La collocazione e lo sviluppo planimetrico delle funzioni sanitarie rispecchia le caratteristiche e i rapporti funzionali descritti nel Modello sanitario-dimensionale. Per piano le funzioni si distribuiscono in questo modo:

Piano -3	Parcheggio	Piano 3	Interpiano tecnico nell'area sopra la piastra ospedaliera; Laboratori.
Piano -2	Parcheggio	Piano 4	Degenze di area chirurgica; Area materno infantile; Blocco Parto; Nido; Terapia intensiva neonatale.
Piano -1	Area Logistica: Magazzini, Archivi, Cucina, Mensa, Lavanolo e guardaroba, Servizio Pulizie. Area servizi tecnici; Fisica sanitaria; Radioterapia; Farmacia; Spogliatoio centralizzato del personale;	Piano 5	Degenze di area chirurgica; Area materno infantile: Degenze di Ostetricia e Ginecologia; Pediatria.
Piano 0	Pronto Soccorso; Diagnostica per Immagini; Endoscopia; Servizio Mortuario (Morgue); Centro Prelievi; Centro Trasfusionale; Area della Formazione; Area dell'Accoglienza con la Hall e gli spazi commerciali.	Piano 6	Degenze di area medica;
Piano 1	Blocco Operatorio; Terapie Intensive; DaySurgery; Day Hospital; Area ambulatoriale.	Piano 7	Degenze di area medica; Lungodegenze; Post-acuzie.
Piano 2	Area Direzionale; Foresteria; Medicina Fisica e Riabilitazione; Dialisi.		



Figura 7 – Vista dell'edificio da nord-ovest

## COSTI DI REALIZZAZIONE E TEMPI DI ESECUZIONE

La metodologia di calcolo del costo di costruzione ha preso in considerazione:

- Le differenti funzioni sanitarie ospitate nel nuovo ospedale ed il loro peso dimensionale all'interno del modello sanitario di riferimento; ad ogni tipologia funzionale è stato applicato un costo parametrico a mq, desunto dall'analisi di passate esperienze analoghe, che tiene conto delle peculiarità e delle differenti complessità costruttive delle aree funzionali, separando il costo delle facciate, delle coperture, dei livelli parcheggi interrati (in questo caso coincidenti con il piano isolatori sismici) e del Polo Tecnologico; in particolare le aree funzionali sono state divise in:
  - TIPO A – Blocco Operatorio, Diagnostiche;
  - TIPO B – Endoscopia, Pronto Soccorso, Laboratori, Sterilizzazione, etc.;
  - TIPO C – Degenze, Ambulatori;
  - TIPO D – Uffici, Hall, Culto, etc.;
  - TIPO E – Connettivo e Spogliatoi;
  - TIPO F – Depositi, Archivi;
  - TIPO G – Parcheggio interrato.
- Le peculiarità dell'inserimento del modello sanitario all'interno dei vari siti di progetto:
  - Demolizioni di edifici esistenti nei lotti di progetto;
  - Ristrutturazione di parti di edifici da conservare;
  - Scavi;
  - Opere di contenimento del terreno (contenimenti del versante, muri controterra per realizzazione di parcheggi interrati, etc.);
  - Sistemazioni esterne (viabilità interna, area a verde, parcheggi a raso, etc.);
  - Opere ambientali legate all'orografia e composizione del terreno, o alla presenza di particolari condizioni al contorno.

In particolare l'analisi dei capitoli di spesa nell'area di Vaglio Lise ha tenuto conto delle seguenti caratteristiche:

- Impermeabilizzazione della superficie contro terra delle strutture di fondazione (vista la presenza della falda a circa 2.50m-4.0m) che incide per 0.7% sulla categoria E.10;
- Demolizione degli edifici della Motorizzazione Civile e dello scalo merci RFI.

Per completare il quadro economico di progetto, in aggiunta alle valutazioni fatte sul costo di costruzione sono stati valutati separatamente i capitoli di spesa previsti dall'art. 16 del d.p.r. 207/10, tra cui:



- Costo per arredi ed attrezzature elettromedicali, che hanno tenuto in considerazione la possibilità di recuperare alcune grandi apparecchiature elettromedicali acquistate dall'AOCS dopo il 2009 (in particolare, tra le più importanti da un punto di vista dell'investimento, un Acceleratore Lineare, una RNM ed una PET/CT);
- Risoluzioni delle interferenze;
- Costo di acquisizione delle aree che ha confrontato le particelle interessate con la pianificazione territoriale, andando ad identificare le aree agricole con possibilità di edificazione, le aree agricole non edificabili, le aree di proprietà di altri enti, e tiene conto dell'acquisizione della Motorizzazione Civile, che pesa per circa 1.200.000 €.

Si riporta nel seguito una tabella sintetica relativa al quadro economico delle tre opzioni progettuali, che evidenzia come l'opzione più economica sia quella di Vaglio Lise con un importo di **€.373 milioni**.

NUOVO OSPEDALE DI COSENZA STUDIO DI FATTIBILITA' QUADRO ECONOMICO PER IPOTESI PROGETTUALE			
DESCRIZIONE	HP1 - MUOIO	HP2 - VAGLIO LISE	HP3 - VIA DEGLI STADI
E.10 EDILIZIA SANITARIA	€ 72.500.000	€ 71.000.000	€ 71.500.000
S.03 STRUTTURE	92500000	58500000	61000000
IA.01 IMPIANTI MECCANICI	19000000	18500000	18500000
IA.02 IMPIANTI MECCANICI	45000000	44500000	44500000
IA.04 IMPIANTI ELETTRICI	51000000	47500000	48500000
<i>di cui</i>			
Demolizioni	€ -	€ 500.000,00	€ 500.000,00
Ristrutturazione e adattamento parti edificio conservate	€ -	€ -	€ -
Scavi	€ 9.500.000	€ 3.500.000	€ 4.000.000
Opere di contenimento dello scavo e consolidamento	€ 25.500.000	€ 4.000.000	€ 6.000.000
Sistemazioni esterne	€ 10.500.000	€ 8.500.000	€ 9.000.000
OPERE AMBIENTALI	€ 3.000.000	€ -	€ -
<b>TOTALE LAVORI</b>	<b>€ 283.000.000</b>	<b>€ 240.000.000</b>	<b>€ 244.000.000</b>
ONERI DI SICUREZZA NON SOGGETTA RIBASSO	€ 7.000.000	€ 6.000.000	€ 6.000.000
<b>LAVORI A BASE D'ASTA</b>	<b>€ 290.000.000</b>	<b>€ 246.000.000</b>	<b>€ 250.000.000</b>
<b>ARREDI ED ATTREZZATURE ELETTRIMEDICALI</b>	<b>€ 45.500.000</b>	<b>€ 45.500.000</b>	<b>€ 45.500.000</b>
<b>SOMME A DISPOSIZIONE</b>	<b>€ 101.000.000</b>	<b>€ 81.500.000</b>	<b>€ 85.500.000</b>
<i>di cui</i>			
Spostamento sottoservizi	€ -	€ 2.000.000,00	€ -
Acquisizione delle aree	€ 5.000.000	€ -	€ 3.000.000
<b>TOTALE GENERALE OPERE</b>	<b>€ 436.500.000</b>	<b>€ 373.000.000</b>	<b>€ 381.000.000</b>
	€ -	€ -	€ -
OPERE DI VIABILITA' (ESCLUSI DALL'APPALTO)	€ 5.500.000	€ 13.500.000	€ 5.000.000

Riguardo ai tempi di esecuzione, il tempo minimo è pari a 6 anni, per l'opzione di Vaglio Lise.

	Località Muoio	Località Vaglio Lise	Località Via Degli Stadi
Progettazione e Procedure autorizzative	2	2	2
Esecuzione	5	4	4
	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

**ANALISI DELLA FATTIBILITA' FINANZIARIA**

Il nuovo ospedale sarà dotato di 705 posti letto, oltre ai posti letto tecnici, contro i 537 posti letto attuali, in linea con quanto previsto dal Piano di Riordino ospedaliero di cui alla DCA 30/16, così come modificata dalla DCA 64/16, in termini di offerta di prestazioni ospedaliere per l'Area Nord. Ipotizzando un tasso di occupazione tendenziale al 90% con degenza media massima di 7 giorni, la nuova struttura sarà in grado di sostenere una potenzialità erogativa di 33.085 ricoveri ordinari annui, con un aumento di circa il 31% rispetto agli attuali 25.201 ricoveri ordinari.

Per la quantificazione dell'investimento complessivo da sostenere è necessario considerare, nel periodo di costruzione, il sostenimento e la capitalizzazione di ulteriori costi relativi a:

- ✓ costi per la costituzione e l'avvio della Special Purpose Vehicle (SPV), comprensivi dei costi per fidejussioni e assicurazioni per circa € 160 mila;
- ✓ oneri finanziari derivanti dall'attivazione di finanziamenti bancari, comprensivi di costi per commissioni di up-front e di commitment, imposta sostitutiva e interessi nella fase di costruzione per circa € 17 milioni;

Sono inoltre previsti ulteriori fabbisogni di risorse finanziarie relativi alla necessità di finanziare l'avvio dell'attività e quindi il capitale circolante netto mediante liquidità per € 2 milioni ed è inoltre previsto l'accantonamento della riserva per il servizio del debito (DSRA – Debt Service Reserve Account) pari ad una rata semestrale del finanziamento bancario.

L'elaborazione del Piano economico-finanziario del Concessionario (costituito come Società di progetto o Special Purpose Vehicle – SPV) si basa sulle seguenti ipotesi temporali che, nel complesso, portano ad una durata della concessione (progettazione, costruzione e gestione) pari a 30 anni, di cui 5 anni, dal 2018 al 2022 inclusi, per la fase di progettazione e costruzione e 25 anni, dal 2023 al 2047 inclusi, per la fase di gestione.

A titolo di corrispettivo per le obbligazioni assunte nel contratto di concessione, al Concessionario viene attribuito il diritto di gestire le opere realizzate per tutta la durata della concessione e di sfruttarle economicamente, ricevendo a fronte di tale gestione un corrispettivo, da corrisponderci trimestralmente in via posticipata, come stabilito nel contratto, costituito dalle seguenti componenti:

- ✓ corrispettivo di disponibilità per l'opera;
- ✓ corrispettivo integrativo per la manutenzione straordinaria;
- ✓ corrispettivo per i servizi di supporto no-core.

Al Concessionario viene, altresì, attribuito il diritto di gestire e di sfruttare economicamente le aree realizzate destinate ad attività commerciali e a parcheggio e di fornire pasti a soggetti esterni all'Azienda Ospedaliera (AO) presso la mensa.

**Corrispettivo di disponibilità per l'opera**

Il corrispettivo di disponibilità per l'opera rappresenta l'importo da riconoscere al Concessionario per la disponibilità delle opere realizzate ed è determinato in modo da remunerare gli investimenti iniziali a carico dello stesso. Il corrispettivo viene inflazionato annualmente secondo l'indice ISTAT, ipotizzato pari al 1,5% nella fase di costruzione e 2% nella fase di gestione.

Il valore massimo del corrispettivo è stato determinato in modo tale che il valore attuale netto (VAN) dell'equity sia nell'intorno di zero e quindi che il tasso interno di rendimento (TIR) dell'equity sia nell'intorno del costo del capitale di rischio. In questo modo il rischio operativo sarà considerato trasferito al concessionario in quanto qualora il concessionario non fosse in grado di gestire i rischi, ne subirebbe rilevanti perdite e non è quindi garantita la remunerazione del suo investimento.

Il valore del corrispettivo deve comunque rispettare il vincolo di congruità per cui il valore attuale dei relativi corrispettivi di disponibilità (scontati utilizzando il WACC del presente Piano pari al 7,0%), durante l'intero periodo di concessione, sia minore o al massimo pari al valore attuale degli investimenti corrispondenti (lavori, oneri di sicurezza e spese tecniche) effettuati dal Concessionario (senza considerare i costi capitalizzati in fase di costruzione), al netto dei contributi pubblici corrisposti, considerando gli oneri finanziari sostenuti per il finanziamento degli stessi (relativi unicamente alla linea di Finanziamento Senior).



Il valore del corrispettivo di disponibilità a regime, calcolato su base annua, è fissato in € 13.800.000 a valori 2017 (IVA esclusa).

#### Corrispettivo integrativo per la disponibilità delle attrezzature

Il corrispettivo di disponibilità per le attrezzature rappresenta l'importo da riconoscere al Concessionario per la disponibilità delle attrezzature elettromedicali fornite ed è determinato in modo da remunerare gli investimenti iniziali a carico dello stesso. Dato che le attrezzature saranno affidate in concessione per 8 anni, il relativo corrispettivo sarà riconosciuto al concessionario solamente per i primi 8 anni di gestione. Il corrispettivo viene inflazionato annualmente secondo l'indice ISTAT, ipotizzato pari al 1,5% nella fase di costruzione e 2% nella fase di gestione.

Il valore massimo del corrispettivo è determinato in modo tale che, per ciascuna fase realizzativa, il valore attuale dei relativi corrispettivi di disponibilità (scontati utilizzando il WACC del presente Piano pari al 7,0%), durante l'intero periodo di concessione, sia minore o al massimo pari al valore attuale degli investimenti corrispondenti effettuati dal Concessionario comprensivi dei costi di manutenzione programmata.

Il valore del corrispettivo di disponibilità a regime, calcolato su base annua, è fissato in € 4.500.000 a valori 2017 (IVA esclusa).

#### Corrispettivo per i servizi no-core

Il corrispettivo per i servizi di supporto no-core rappresenta il corrispettivo che l'Azienda riconosce al Concessionario per la gestione dei servizi affidati in concessione in relazione al Nuovo Ospedale di Cosenza. Il valore complessivo del Corrispettivo per i servizi di supporto è calcolato come somma dei corrispettivi relativi ai singoli servizi, secondo il sistema di pricing (tipologia di driver individuato e prezzo unitario per driver) riportato nelle pagine successive del presente documento, sulla base delle ipotesi assunte in relazione alle unità di driver.

Ai fini della elaborazione del PEF di massima si ipotizza l'avvio della gestione dei servizi no-core al momento del completamento della nuova struttura, previsto nel presente PEF di massima nel 2024. Si riportano i corrispettivi per ciascun servizio no-core a regime, anno base 2017.

<b>Corrispettivi per servizi economici</b>	<b>€ 6.060.100</b>
Mensa dipendenti e ristorazione degenti	€ 2.810.764
Lavanderia e guardaroba	€ 1.073.903
Gestione rifiuti	€ 875.433
Logistica, portierato e vigilanza	€ 1.300.000
<b>Corrispettivi per servizi tecnici e pulizia</b>	<b>€ 11.083.723</b>
Pulizia	€ 4.349.623
Manutenzione e gestione calore	€ 6.734.100
<b>CORRISPETTIVI COMPLESSIVI</b>	<b>€ 17.143.823</b>

Il Piano Economico Finanziario considera di ricorrere al finanziamento bancario per finanziare il 70% dell'investimento ante IVA, al netto del contributo pubblico, e di impiegare risorse proprie per finanziare il rimanente 30%. Tale ipotesi risulta coerente con la normale prassi del Project Finance in presenza di opportune garanzie per la banca.

Ai fini della valutazione del Piano Economico-Finanziario di massima, per la individuazione delle condizioni di equilibrio dello stesso, si fa riferimento al valore assunto dai seguenti indicatori.

Quali indicatori della convenienza economico finanziaria del progetto, il Valore Attuale Netto e il Tasso Interno di Rendimento del Progetto dopo le imposte, calcolati a partire dal cash flow operativo, considerando gli investimenti e la variazione del capitale e senza prendere in considerazione il beneficio fiscale derivante dalla leva finanziaria;

Quali indicatori della convenienza economico finanziaria per il Concessionario, il Valore Attuale Netto e il Tasso Interno di Rendimento del capitale di rischio, calcolati a partire dai flussi di cassa in uscita per il versamento del capitale nella SPV ed i flussi di cassa in entrata derivanti dai dividendi distribuiti dalla SPV e dalla cassa residua al termine della concessione;

Quale indicatore di bancabilità e sostenibilità finanziaria, il valore medio e minimo del parametro ADSCR, acronimo dell'indicatore Annual Debt Service Cover Ratio, ovvero l'indicatore di copertura del



servizio del debito; dato che nel PEF è stato impostato un rimborso del Finanziamento Senior a DSCR target, il parametro assume un valore costante pari a 1,40.

<b>Indicatori di redditività del progetto</b>	
TIR del progetto (post-tax)	7,8%
WACC medio di periodo*	7,0%
VAN del progetto (post-tax)	€ 11.803.455
<b>Indicatori di redditività per il Concessionario</b>	
TIR Equity	8,8%
Costo del capitale (Ke)*	8,7%
VAN dell'equity	€ 821.845

*\*Il WACC ed il costo medio del capitale di rischio sono calcolati come media aritmetica rispettivamente del WACC e del costo di capitale di rischio per ciascun periodo, calcolati in base alla leva finanziaria e quindi al {3-levered di ciascun semestre*

<b>Indicatori di bancabilità</b>	
DSCR medio	1,40
DSCR minimo	1,40
LLCR medio	1,51

I tassi utilizzati nell'analisi degli indici di valutazione del progetto sono:

Il costo medio ponderato capitale (o WACC acronimo di Weighed Average Cost of Capital), che esprime il rendimento minimo richiesto, in media, per il mix di capitale di rischio e di debito investiti nel progetto, tenendo conto dei benefici fiscali conseguenti all'indebitamento. Ai fini di un calcolo più preciso del VAN, i flussi di progetto sono stati attualizzati per un WACC medio calcolato come media aritmetica del WACC di ciascun periodo che tiene conto dell'effettiva leva (rapporto D/E) di ciascun semestre, in quanto decrescente nel tempo;

Il costo del capitale di rischio, che esprime il rendimento minimo richiesto dagli azionisti a remunerazione del capitale investito nel progetto data la rischiosità dello stesso. Ai fini di un calcolo più preciso del VAN dell'equity, ciascun flusso semestrale è stato attualizzato per lo specifico costo del capitale (Ke) del periodo che tiene conto dell'effettiva leva (rapporto D/E) di ciascun semestre, in quanto decrescente nel tempo, e quindi del 1-levered di ciascun periodo.

Le ipotesi utilizzate per il calcolo dei tassi sono riportate nella tabella seguente.

<b>Parametri del Modello CAPM</b>	
Capitale di debito (D/(D+E))	70%
Capitale di rischio (E/(D+E))	30%
Costo del capitale di debito (Kd)	5,00%
Tasso di rendimento <i>risk-free</i> (rf)*	3,00%
Premio di mercato per il rischio (mrp)**	8,40%
Beta <i>unlevered</i> di settore (β)***	0,44
Costo del capitale di rischio (Ke)	8,71%
Imposte (t)	29,1%

*\*Tasso di rendimento rilevato sul mercato per BTP a 30 anni*

*\*\*Fonte: Damodaran – Country Default Spreads and Risk Premiums – Updated January 2017*

*\*\*\*Fonte: Damodaran – Betas by Sectors – Hospitals/Healthcare Facilities – Updated January 2017*

Sulla base dei risultati delle analisi si evince che:

- Il progetto, al netto della struttura finanziaria, risulta economicamente e finanziariamente sostenibile e conveniente in quanto il VAN del progetto è positivo;
- L'investimento da parte del soggetto privato, data la struttura finanziaria ipotizzata, risulta economicamente e finanziariamente sostenibile e conveniente in quanto il VAN dell'equity è positivo.

\*\*\*\*\*





## INTERVENTO N. 4 - ST1-CS4

## ASP DI COSENZA

## REALIZZAZIONE DELLA CITTADELLA DELLA SALUTE DI COSENZA

Lo studio di fattibilità commissionato dalla Regione Calabria per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza ha preso in considerazione la possibilità di riutilizzare il sito dell'Annunziata alla luce dell'esigenza di scongiurare la creazione di un vuoto urbano significativo proprio al centro dell'area sud della città e di arginare il lento e progressivo svuotamento di questa parte di città che, cominciato negli anni '50 con lo svuotamento del centro storico, è ancora in atto. Le ragioni alla base della costruzione della Nuova Cittadella della Salute di Cosenza partono da due considerazioni:

- La costruzione del Nuovo Ospedale di Cosenza nell'area di Vaglio Lise pone il tema del riutilizzo della vecchia struttura ospedaliera, che occupa circa 4,5 ha nel centro storico della città;
- I servizi sanitari territoriali di ASP Cosenza sono attualmente dislocati in più di 20 sedi diverse;

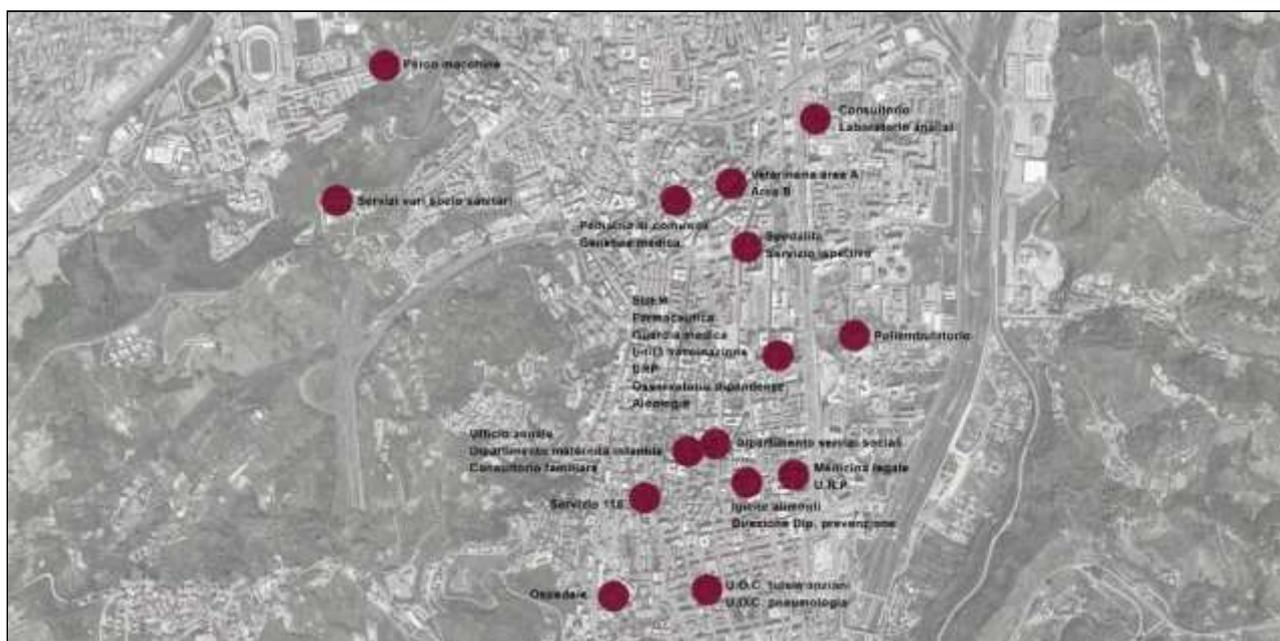


Figura 5 – Mappa dei servizi attuali di ASP Cosenza

Il progetto mira a riutilizzare il sito del vecchio ospedale per centralizzare tutti i servizi territoriali del distretto Cosenza-Savuto dell'ASP di Cosenza partendo da alcuni presupposti:

- La riorganizzazione dei servizi territoriali, stabilita dalla programmazione regionale, prevede anche:
  - La coerenza con quanto previsto dal Patto della Salute 2014/2016 garantendo Livelli Essenziali di Assistenza in maniera uniforme nel territorio;
  - La razionalizzazione e il contenimento della spesa per il personale;
  - La razionalizzazione e il contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- L'attuale localizzazione dei servizi territoriali in più di 20 sedi diverse rende l'accesso e l'orientamento dell'utenza molto difficile, e moltiplica inutilmente spazi e risorse che la centralizzazione andrebbe ad ottimizzare;
- Il mantenimento di funzioni sanitarie nell'area ridurrebbe l'impatto di tale modifica sul contesto socio economico, e la contestuale associazione delle stesse con funzioni urbane di carattere collettivo aumenterebbe il valore di tale contesto, senza farne sfiorire le peculiarità formatesi nel tempo;
- La combinazione delle funzioni territoriali sanitarie e quelle di un parco urbano permetterebbero all'area di porsi sia come snodo fondamentale del sistema dei corridoi ecologici, sia di palesare la sua posizione baricentrica nel sistema del verde del centro storico;
- Permetterebbe all'area, grazie alla nuova vocazione "territoriale" dell'utenza prevista, di confrontarsi in maniera equilibrata con il contesto e la viabilità esistente;
- Farebbe risparmiare circa € 800.000 l'anno di affitti delle attuali strutture.



Figura 6 – Vista aerea da nord della nuova Cittadella della Salute e del parco urbano

L'intervento dovrà cercare di creare un sistema del verde che dai parchi Emilio Morrone e Pietro Romeo si estenda verso il plesso del '39, ricucendo formalmente la rotazione del volume edilizio rispetto al Viale della Repubblica e agli edifici in linea che affacciano su di esso, e che dia continuità all'asse ecologico tra il Campagnano ed il Busento ipotizzato dal PSC attraverso il fondamentale rapporto con Viale della Repubblica e con la Collina di Muoio, dove è previsto uno sviluppo dei quartieri peri-urbani di recente formazione.

## DIMENSIONAMENTO E SERVIZI

Il dimensionamento dell'intervento è partito dalla:

- Mappatura dei servizi di ASP e dal loro stato di consistenza dimensionale;
- Mappatura dello stato di consistenza degli edifici dell'"Annunziata" che ha evidenziato:
  - Il vincolo, come da D.lgs. 42/2004 e Legge 106/2011, sull'edificio A (plesso del '39) quale edificio pubblico con più di 70 anni;
  - La necessità di adeguare sismicamente tutti quasi tutti gli edifici ospedalieri (tranne il DEA di Cosenza e il Mariano Santo attualmente in via di adeguamento).

STRUTTURA	NUOVA COLLOCAZIONE	DIMENSIONE (mq)
Dipartimento di Prevenzione	Cittadella della Sanità (Edificio A)	1600
Distretto Cosenza	Cittadella della Sanità (Edificio A)	2500
Direzione Generale	Cittadella della Sanità (Edificio A)	2300
Dipartimento Tecnico-Amministrativo	Cittadella della Sanità (Edificio A)	3300
Dipartimento Materno-Infantile	Cittadella della Sanità (Edificio A)	1700
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	Cittadella della Sanità (Edificio A)	1600
U.C.C.P. (Unità Complesse di Cure Primarie) e Guardia Medica	Cittadella della Sanità (Edificio A)	700
Dipartimento Farmaceutico	Cittadella della Sanità (Edificio A)	600
Rete Oncologica	Cittadella della Sanità (Edificio A)	400
Sala Convegni	Cittadella della Sanità (Edificio A)	500
Centrale Operativa 118	Cittadella della Sanità (Edificio A)	800
<b>TOTALE</b>		<b>16000</b>

Figura 7 – Mappatura dei servizi ASP Cosenza

Vista quindi la necessità di mantenere, anche se solo parzialmente, il plesso del '39, vista la sua dimensione di circa 24.000 mq compatibile con le esigenze emerse dalla mappatura dei servizi ASP, e



vista la compatibilità dell'edificio alla collocazione di servizi territoriali sanitari, il progetto ha previsto il riutilizzo del solo plesso del '39 e la demolizione di tutti gli altri edifici ospedalieri esistenti nell'area dell'"Annunziata", ed il parallelo riutilizzo del Mariano Santo ed il suo splendido parco, riportandolo in qualche modo alla sua funzione originaria di sanatorio, come una R.S.A, associandoci, all'interno del recente edificio di Dermatologia Oncologica, una residenza protetta per tossicodipendenti.

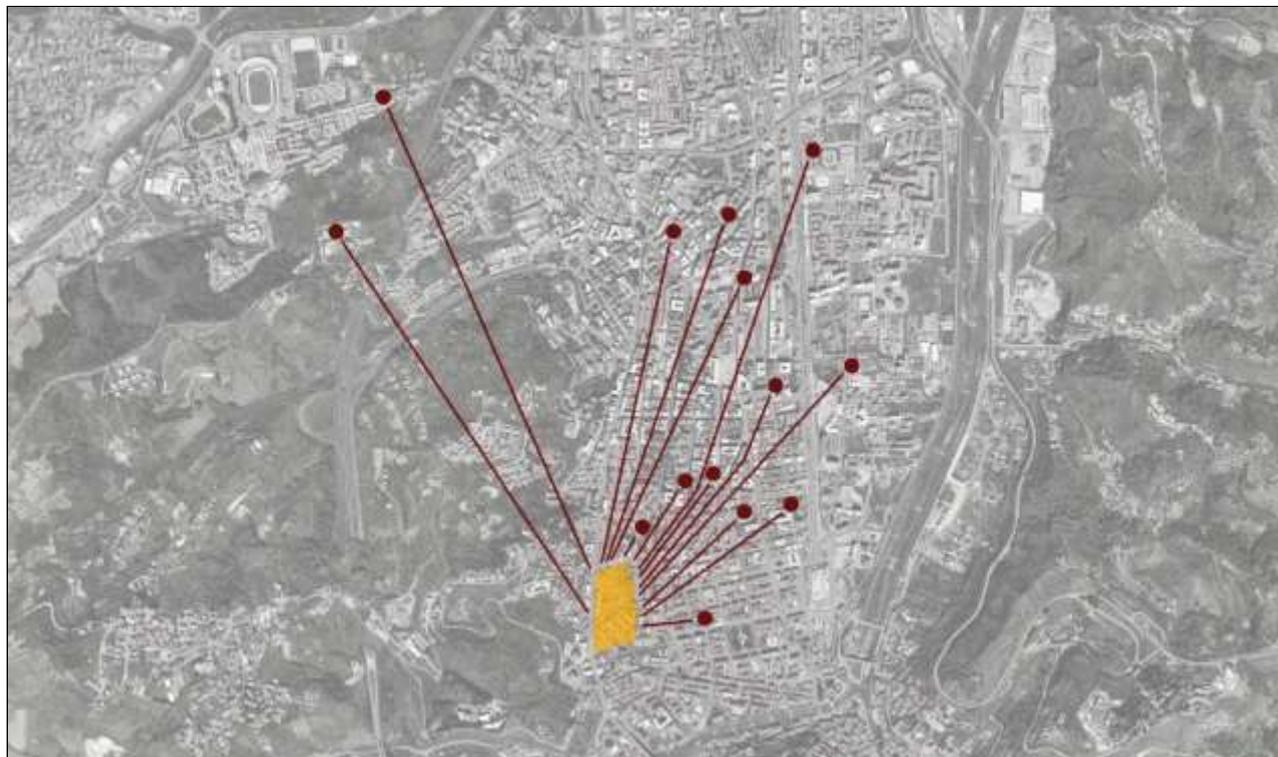


Figura 8 – Mappa della centralizzazione dei servizi

Nello spazio lasciato libero a valle delle demolizioni sull'area si è prevista la costruzione di una quota di aree commerciali e di un parcheggio interrato da 200 posti auto all'interno di un parco di 8000 mq.

### **COMPATIBILITA' URBANISTICA**

L'area dell'Annunziata si trova, come già detto, nella zona sud-ovest della città, stretta tra Viale della Repubblica ad ovest, via Zara a nord, le vie Pola e Fiume a est e via Felice Migliori a sud. L'accesso all'area dalla grande viabilità avviene:

- Dalla A3, attraverso lo svincolo di Cosenza Sud, lungo Via P. Rossi e Viale della Repubblica;
- Dalla SS107 prima lungo la sopraelevata Strada dell'Unità d'Italia, poi lungo Via P. Leto, Via P. Rossi e Viale della Repubblica.

Essa si trova, secondo il Piano Strutturale Comunale adottato il 29/06/2017 con deliberazione n°29, al confine tra la città storica e le espansioni otto-novecentesche, tra un'area di espansione peri-urbana recente (Via Tommaso Arnoni), e l'area agricola peri-urbana della Collina di Muoio (Tav. QISI02), lungo l'asse nord-sud Via Marconi/Viale della Repubblica.

Il PSC definisce città consolidata "...una prima forma di urbanità con rintracciabili matrici di sviluppo morfo - tipologico ben definite, all'interno delle quali lo spazio edificato è caratterizzato da un'elevata densità e da un limitato numero di tipologie costruttive.."; lo stesso PSC pone l'area dell'Annunziata, con l'area della Vecchia Stazione, nei luoghi "esterni" alla città storica, "...in attesa di ricoprire nuove funzioni urbane", sottolineando comunque che "...la rivitalizzazione delle attività commerciali e terziarie unitamente alla riorganizzazione della viabilità per livelli funzionali appaiono come indubbe potenzialità" per ovviare alle attuali indubbe criticità dell'area, soprattutto in termini di viabilità rapportata al peso di una struttura, come quella dell'ospedale dell'Annunziata, che oltre alla vocazione di Hub sanitario di riferimento regionale, ha una dimensione in termini di posti letto ed una complessità di servizi di diagnosi e cura erogati che presuppone un carico di utenza sulle 24 ore che mal si coniuga



con un ambito strettamente urbano; in tal senso sono da considerare anche le difficoltà create dalla decentralizzazione di alcuni servizi erogati dall'Azienda Ospedaliera di Cosenza nei presidi del Mariano Santo e di Rogliano, sia in termini di qualità del servizio e diseconomie da un lato, sia di traffico indotto dall'altro.

Le attività commerciali strettamente legate all'attività sanitaria dell'Ospedale si concentrano in particolare su Viale della Repubblica, e, in misura minore, da Via Zara fino a Piazza P. Cappello e sull'asse Piazza Riforma/Via Vittorio Veneto. Si possono riconoscere attività come: Onoranze Funebri; Case di Cura e Cliniche private; Fiorista; Farmacie e Sanitarie.

Oltre ad attività di bar e ristorazione che traggono sicuramente giovamento dalla vicinanza con la struttura ospedaliera ed il suo indotto.

L'area si trova potenzialmente in posizione strategica nel sistema di potenziamento dei corridoi ecologici ipotizzato dall'Azione Strategica Integrata 1 (**ASI 1**) come descritto nella tavola PSPS\_15 del PSC e all'interno del nuovo ruolo che si vorrebbe dare alla città storica Azione Strategica Integrata 5 (**ASI 5**):

- Si trova in posizione baricentrica rispetto alle aree a verde sorte nella prima metà del Novecento e la Collina di Muoio, in particolare rispetto agli spazi verdi urbani di Villa Nuova, Parco Emilio Morrone e Parco delle Rimembranze alle spalle dell'acquedotto Merone;
- Si trova sull'asse nord sud del futuro sistema integrato di corridoio ecologici tra il Campagnano ed il Busento.

Il PSC evidenzia proprio le potenzialità e il numero di queste aree urbane pur rimarcando sia un deficit di qualificazione e manutenzione degli spazi stessi che ne agevolino la fruibilità da parte dell'utenza cittadina, sia una mancanza di connessione tra percorsi e spazi verdi urbani all'interno della centro cittadino che possa renderli un effettivo sistema del verde integrato anche con i lavori che l'Amministrazione ha già avviato su alcune piazze urbane (Piazza Bilotti e Piazza della Riforma).

In sintesi l'analisi del contesto e della sua collocazione nello strumento urbanistico recentemente adottato porta alle seguenti considerazioni:

- L'area dell'Annunziata, pur essendo parte di quell'espansione del centro storico degli anni'30 del Novecento, ha avuto un'evoluzione autonoma fuori dagli schemi tipologici riconoscibili all'interno della "città consolidata";
- L'attuale destinazione d'uso e le caratteristiche intrinseche ad una struttura ospedaliera di tale complessità e dimensione (che, secondo la programmazione regionale dovrebbe aumentare il numero dei posti letto e le funzioni specialistiche attualmente attivate) aggrava e aggraverà in futuro la già difficile situazione viabilistica e di parcheggi dell'asse Via Marconi/Viale della Repubblica;
- L'eventuale riconversione ad uso civico prevista dal PSC con funzioni adeguate alla dimensione e alla posizione dell'area nel sistema viabilistico e nel tessuto del centro storico, oltre all'integrazione dell'area stessa all'interno del sistema dei corridoi ecologici potrebbe rivalutare sia da un punto di vista sociale che da un punto di vista commerciale l'intero contesto.

Attraverso lo strumento del Protocollo di Intesa verrà avviata la procedura di Variante urbanistica al PRG con il Comune di Cosenza per rendere la struttura compatibile con gli indici dell'area individuata.

## **COSTI DI COSTRUZIONE E TEMPI DI REALIZZAZIONE**

La metodologia di calcolo del costo di costruzione ha preso in considerazione:

- La ristrutturazione all'interno del plesso del '39, ed il suo completo adeguamento sismico, delle differenti funzioni sanitarie ospitate nella nuova Cittadella della Salute ed il loro peso dimensionale; in particolare le aree funzionali sono state divise in:
  - TIPO A – Blocco Operatorio, Diagnostiche;
  - TIPO B – Endoscopia, Pronto Soccorso, Laboratori, Sterilizzazione, etc.;
  - TIPO C – Degenze, Ambulatori;
  - TIPO E – Connettivo e Spogliatoi;
  - TIPO F – Depositi, Archivi;
- Demolizioni di edifici esistenti nei lotti di progetto;
- Scavi;
- Le nuove costruzioni di spazi commerciali;
- Il nuovo parcheggio interrato;



- Sistemazioni esterne delle aree a verde.

Per completare il quadro economico di progetto, in aggiunta alle valutazioni fatte sul costo di costruzione sono stati valutati separatamente i capitoli di spesa previsti dall'art. 16 del d.p.r. 207/10.

<b>NUOVO OSPEDALE DI COSENZA STUDIO DI FATTIBILITA'</b>	
<b>QUADRO ECONOMICO - CITTADELLA DELLA SALUTE</b>	
DESCRIZIONE	Importo (Euro)
<b>E.10 EDILIZIA SANITARIA</b>	€ 12.500.000
<b>S.03 STRUTTURE</b>	€ 4.500.000
<b>IA.01 IMPIANTI MECCANICI</b>	€ 1.000.000
<b>IA.02 IMPIANTI MECCANICI</b>	€ 3.000.000
<b>IA.04 IMPIANTI ELETTRICI</b>	€ 6.000.000
di cui	
Demolizioni	€ 4.500.000
Ristrutturazione e adattamento parti edificio conservate	€ 15.360.000
Scavi	€ 500.000
Sistemazioni esterne	€ 1.000.000
<b>TOTALE LAVORI</b>	<b>€ 27.000.000</b>
ONERI DI SICUREZZA NON SOGGETTI A RIBASSO	€ 1.000.000
<b>LAVORI A BASE D'ASTA</b>	<b>€ 28.000.000</b>
<b>ARREDI ED ATTREZZATURE ELETTROMEDICALI</b>	<b>€ 5.000.000</b>
<b>SOMME A DISPOSIZIONE</b>	<b>€ 12.000.000</b>
<b>TOTALE GENERALE OPERE</b>	<b>€ 45.000.000</b>

Riguardo ai tempi di esecuzione, il tempo minimo è pari a 3 anni.

#### **ANALISI DELLA FATTIBILITA' FINANZIARIA**

L'elaborazione del Piano economico-finanziario del Concessionario (costituito come Società di progetto o Special Purpose Vehicle – SPV) si basa sulle seguenti ipotesi temporali che, nel complesso, portano ad una durata della concessione (progettazione, costruzione e gestione) pari a 30 anni, di cui 5 anni, dal 2018 al 2022 inclusi, per la fase di progettazione e costruzione e 25 anni, dal 2023 al 2047 inclusi, per la fase di gestione.

A titolo di corrispettivo per le obbligazioni assunte nel contratto di concessione, al Concessionario viene attribuito il diritto di gestire le opere realizzate per tutta la durata della concessione e di sfruttarle economicamente, ricevendo a fronte di tale gestione un corrispettivo, da corrispondersi trimestralmente in via posticipata, come stabilito nel contratto, costituito dalle seguenti componenti:

- ✓ corrispettivo di disponibilità per l'opera;
- ✓ corrispettivo integrativo per la manutenzione straordinaria;
- ✓ corrispettivo per i servizi di supporto no-core.

Al Concessionario viene, altresì, attribuito il diritto di gestire e di sfruttare economicamente le aree realizzate destinate ad attività commerciali e a parcheggio e di fornire pasti a soggetti esterni all'Azienda Ospedaliera (AO) presso la mensa.

#### Corrispettivo di disponibilità per l'opera

Il corrispettivo di disponibilità per l'opera rappresenta l'importo da riconoscere al Concessionario per la disponibilità delle opere realizzate ed è determinato in modo da remunerare gli investimenti iniziali a carico dello stesso. Il corrispettivo viene inflazionato annualmente secondo l'indice ISTAT, ipotizzato pari al 1,5% nella fase di costruzione e 2% nella fase di gestione.



Il valore massimo del corrispettivo è stato determinato in modo tale che il valore attuale netto (VAN) dell'equity sia nell'intorno di zero e quindi che il tasso interno di rendimento (TIR) dell'equity sia nell'intorno del costo del capitale di rischio. In questo modo il rischio operativo sarà considerato trasferito al concessionario in quanto qualora il concessionario non fosse in grado di gestire i rischi, ne subirebbe rilevanti perdite e non è quindi garantita la remunerazione del suo investimento.

Il valore del corrispettivo deve comunque rispettare il vincolo di congruità per cui il valore attuale dei relativi corrispettivi di disponibilità (scontati utilizzando il WACC del presente Piano pari al 7,0%), durante l'intero periodo di concessione, sia minore o al massimo pari al valore attuale degli investimenti corrispondenti (lavori, oneri di sicurezza e spese tecniche) effettuati dal Concessionario (senza considerare i costi capitalizzati in fase di costruzione), al netto dei contributi pubblici corrisposti, considerando gli oneri finanziari sostenuti per il finanziamento degli stessi (relativi unicamente alla linea di Finanziamento Senior).

Il valore del corrispettivo di disponibilità a regime, calcolato su base annua, è fissato in € 1.660.000 a valori 2017 (IVA esclusa).

#### Corrispettivo integrativo per la disponibilità delle attrezzature

Il corrispettivo di disponibilità per le attrezzature rappresenta l'importo da riconoscere al Concessionario per la disponibilità delle attrezzature elettromedicali fornite ed è determinato in modo da remunerare gli investimenti iniziali a carico dello stesso. Dato che le attrezzature saranno affidate in concessione per 8 anni, il relativo corrispettivo sarà riconosciuto al concessionario solamente per i primi 8 anni di gestione.

Il corrispettivo viene inflazionato annualmente secondo l'indice ISTAT, ipotizzato pari al 1,5% nella fase di costruzione e 2% nella fase di gestione

Il valore massimo del corrispettivo è determinato in modo tale che, per ciascuna fase realizzativa, il valore attuale dei relativi corrispettivi di disponibilità (scontati utilizzando il WACC del presente Piano pari al 7,0%), durante l'intero periodo di concessione, sia minore o al massimo pari al valore attuale degli investimenti corrispondenti effettuati dal Concessionario comprensivi dei costi di manutenzione programmata.

Il valore del corrispettivo di disponibilità a regime, calcolato su base annua, è fissato in € 470.000 a valori 2017 (IVA esclusa).

#### Corrispettivo per i servizi no-core

Il corrispettivo per i servizi di supporto no-core rappresenta il corrispettivo che l'Azienda riconosce al Concessionario per la gestione dei servizi affidati in concessione in relazione al Nuovo Ospedale di Cosenza.

Il valore complessivo del Corrispettivo per i servizi di supporto è calcolato come somma dei corrispettivi relativi ai singoli servizi, secondo il sistema di pricing (tipologia di driver individuato e prezzo unitario per driver) riportato nelle pagine successive del presente documento, sulla base delle ipotesi assunte in relazione alle unità di driver.

Ai fini della elaborazione del PEF di massima si ipotizza l'avvio della gestione dei servizi no-core al momento del completamento della nuova struttura, previsto nel presente PEF di massima nel 2024.

Si riportano i corrispettivi per ciascun servizio no-core a regime, anno base 2017.

<b><i>Corrispettivi per servizi economici</i></b>	<b>€ 504.834</b>
Mensa dipendenti e ristorazione degenti	€ 0
Lavanderia e guardaroba	€ 88.834
Gestione rifiuti	€ 156.000
Logistica, portierato e vigilanza	€ 260.000
<b><i>Corrispettivi per servizi tecnici e pulizia</i></b>	<b>€ 2.095.404</b>
Pulizia	€ 895.404
Manutenzione e gestione calore	€ 1.200.000
<b>CORRISPETTIVI COMPLESSIVI</b>	<b>€ 2.600.238</b>

\*\*\*\*\*

***INTERVENTO N. 5 - ST1-PT5******POTENZIAMENTO TECNOLOGICO DEL GOM DI REGGIO CALABRIA.  
ACQUISTO E INSTALLAZIONE DI UN ANGIOGRAFO BIPLANARE.*****PREMESSE**

Nell'ambito del censimento del fabbisogno regionale per investimenti in tecnologie relativo al triennio 2018-2020, avviato dal Ministero della Salute nel mese di luglio 2017, il "Grande Ospedale Metropolitan" di Reggio Calabria ha rappresentato, tra l'altro, la necessità di acquisire un nuovo angiografo biplanare, in sostituzione di apparecchio "GE Advantix" da dismettere, da destinare alla U.O.C. di Neuroradiologia facente parte del Dipartimento "Tecnologie Avanzate Diagnostiche e Terapeutiche" (TADiT).

Tale necessità è soprattutto connessa all'avvio, nel corso del 2018, dell'attività di Neuroradiologia interventistica, con conseguente esecuzione di procedure diagnostiche e terapeutiche per il trattamento di importanti e delicate patologie quali:

- Aneurismi intracranici
- Malformazioni artero-venose cerebrali e midollari
- Stenosi dei tronchi sovra-aortici
- Fistole artero-venose craniche e spinali
- Stenosi dei vasi arteriosi intracranici
- Ictus ischemico acuto
- Neoformazioni di testa, collo e colonna (embolizzazioni prechirurgiche)

Come dettato dal D.L. 70 del 2 aprile 2015, riconosciuto il Grande Ospedale Metropolitan quale presidio HUB ed essendo presente nel PSA la Neuroradiologia interventistica, lo stesso è sede di Stroke Unit di II livello.

Vengono trattati pazienti con occlusioni di vasi cerebrali - tramite trombectomie meccaniche - eseguite con le più moderne tecniche interventistiche. Allo stato, le procedure maggiormente in uso consistono nella tromboaspirazione e nella rimozione dei trombi mediante l'utilizzo di particolari strumenti quali gli STENT cosiddetti "retriever". Recenti trials hanno evidenziato i significativi vantaggi - nel trattamento dell'ictus ischemico acuto - ottenuti dall'impiego degli "stent-retriever" di seconda generazione, ovvero di quei dispositivi (da utilizzarsi comunque insieme alla trombolisi con r-tPA) che sono in grado di effettuare rapidamente una trombectomia

Tali procedure, se eseguite in tempo congruo (entro 4,5 h dall'evento), riducono notevolmente, come si evince dai dati di letteratura, sia la mortalità che la morbidità dei pazienti colpiti da ictus cerebrale ischemico con conseguente risparmio in termini di costi sociali. Nel secondo semestre del 2018, dopo l'avvio dell'attività interventistica, presso la U.O.C. di Neuroradiologia del Grande Ospedale metropolitan sono state eseguite, in urgenza, 22 procedure di trombectomia meccanica sia con tecnica di tromboaspirazione che con utilizzo di stent retriever. Sono state inoltre eseguite 10 procedure di embolizzazione di aneurismi cerebrali, 2 trattamenti endovascolari di embolizzazione di fistola arterovenosa spinale a sede spinale e 5 embolizzazioni di neoplasie cerebrali preoperatorie.

Al fine di ottimizzare e strutturare efficacemente le attività è stata potenziata la pianta organica della U.O.C. di Neuroradiologia che comprende, allo stato, sette dirigenti medici tra cui quattro neuroradiologi di documentata esperienza angiografica sia diagnostica che interventistica. Sono in itinere le procedure concorsuali per poter dotare l'organico di altre figure consone all'attività interventistica sia nel profilo medico che per quanto riguarda tecnici di radiologia e personale infermieristico con esperienza di sala angiografica.



L'apparecchiatura sarà disponibile anche per l'esecuzione di procedure di Radiologia Interventistica, la cui attività come richiesto dal predetto D.L. 70 e sempre afferente al "Dipartimento di Tecnologie Avanzate Diagnostiche e Terapeutiche", è iniziata nel 2019.

È indispensabile, quindi, per la complessità degli interventi, che l'apparecchiatura in oggetto sia caratterizzata da prestazioni di altissimo livello tali da consentire l'esecuzione di tali indagini diagnostiche e procedure interventistiche di elevatissima qualità in ambito neuro-vascolare e vascolare in genere.

L'apparecchiatura radiologica da acquistare dovrà garantire la massima affidabilità per l'esecuzione di esami diagnostici vascolari ed interventi endovascolari, di elevata qualità, prevalentemente in ambito neurovascolare. A tal scopo si ritengono indispensabili le seguenti caratteristiche tecniche:

#### **CARATTERISTICHE ANGIOGRAFO BIPLANARE**

- Doppio stativo ad arco isocentrico con possibilità di utilizzo tanto in configurazione biplanare che monoplanare;
- Possibilità di parcheggio del secondo stativo, durante esami eseguiti in configurazione monoplanare, con movimento eseguibile sia automaticamente che manualmente;
- Ampia possibilità di posizionamento e di rotazione di entrambi gli stativi;
- Possibilità di movimenti di angolazione e rotazione dei due stativi sia sincronizzati sui due piani che non;
- Ampia possibilità di esecuzione di proiezioni (cranio-caudali e caudo-craniali, latero-laterali e oblique) con chiara visualizzazione sul monitor dei gradi di angolazione della proiezione ottenuta;
- Possibilità di variazione della distanza focale con chiara visualizzazione di essa sul monitor;
- Possibilità da parte dell'operatore di programmare, modificare e memorizzare, sia prima che durante l'esame, un consistente numero di proiezioni con possibilità di richiamarle in sala d'esame tramite tastiera o telecomando;
- Multipli ed avanzati sistemi anticollisione.

#### **Tavolo di cateterismo**

- Tavolo porta-paziente di adeguata lunghezza e resistenza (specificare il massimo carico sopportato in condizione di massima estensione), costruito in materiale che garantisca il minimo assorbimento RX;
- Altezza del tavolo dal pavimento regolabile con movimento rapido e motorizzato;
- Possibilità di agevoli e ampi movimenti della tavola sia in senso longitudinale che trasversale, sia in posizione di Trendelenburg che anti-Trendelenburg;
- Possibilità di rotazione del tavolo sul piano longitudinale per esecuzione di esami degli arti superiori;
- Totale controllo del tavolo di cateterismo dalla sala di esame.

#### **Generatori di alta tensione biplanare**

- Circuito di raddrizzamento ad alta frequenza;
- Potenza non inferiore a 100 kW;
- Corrente non inferiore a 1000 mA;
- Tensione non inferiore a 125 kV;
- Regolazione automatica dell'esposizione;
- Possibilità di selezione di multipli livelli preimpostati di scopia pulsata;
- Algoritmi preimpostati per l'ottimizzazione della qualità d'immagine in funzione del distretto corporeo da esaminare;
- Sistema per la rilevazione e stampa della dose erogata e del DAP in modo dettagliato.

#### **Sorgenti radiogene**

- Dimensioni delle macchie focali le più ridotte possibili con potenze adeguate;



- Capacità termica degli anodi la più elevata possibile al fine di garantire tempi prolungati di scopia e grafie ripetute;
- Massima dissipazione termica degli anodi con descrizione chiara e dettagliata del sistema adottato per lo smaltimento del calore;
- Sistemi di rotazione degli anodi ad elevata silenziosità (sarà ritenuto preferibile un sistema che non utilizzi cuscinetti a sfera per la rotazione dell'anodo);
- Collimatori automatici;
- Filtri anatomici semitrasparenti motorizzati con filtrazione aggiuntiva per eliminare le radiazioni a bassa energia;
- Possibilità di collimazione e posizionamento dei filtri semi trasparenti senza emissione di raggi;
- Dispositivo di controllo stato termico del complesso radiogeno con indicazioni chiaramente visibili per l'operatore.

### **Sistemi di detezione**

- Dovranno essere garantiti sistemi ad elevate prestazioni in termini di risoluzione spaziale ed efficienza quantica (DQE), basati sulla tecnologia più avanzata;
- Pannello/Detettore frontale quadrato da 30x30 cm o rettangolare da 30x40 cm;
- Pannello/Detettore laterale almeno 20X20;
- Entrambi i pannelli/detettori devono avere possibilità di un numero elevato di ingrandimenti.

### **Sistema di acquisizione ed elaborazione digitale delle immagini biplanari**

- Elevata matrice di acquisizione almeno 2K per piano;
- Cadenza di acquisizione sottrattiva adeguata con una velocità massima di almeno 6 immagini/sec;
- Possibilità di acquisizione di fotogrammi e intere sequenze in scopia;
- Ampia capacità di memoria (almeno 50.000 immagini in matrice 1024x1024);
- Ampia possibilità di elaborazione digitale delle immagini monoplanari e biplanari in post-processing;
- Possibilità sia di esecuzione di immagini in scopia sottratta (road map) che di ottenimento di scopia sottratta da immagini di seriografie precedentemente acquisite;
- Possibilità di pixel shift sia manuale che automatico;
- Possibilità di variazione dell'immagine maschera;
- Dotazione di sistemi automatici di analisi vascolare (misurazione metrico-decimale della lunghezza, valutazione di entità di una stenosi, ecc.), anche attivabili dalla sala d'esame;
- Sistema di auto calibrazione delle misurazioni.

### **Sistemi di visualizzazione delle immagini biplanari**

- Elevata matrice di visualizzazione delle immagini acquisite tale da garantire la risoluzione nativa;
- Visualizzazione in sala di esame basata su un unico grande schermo di almeno 50", in cui sia possibile gestire in modo dinamico la matrice video dei segnali di ingresso (almeno 16 IN) e assegnarne la posizione preferita sullo schermo, scegliendo, fra diversi formati, quello preferito di visualizzazione con possibilità di modificarlo, memorizzarlo e personalizzarlo;
- Risoluzione HD al massimo della tecnologia disponibile;
- Possibilità di ingrandimento (Zoom) di ogni singola immagine visualizzata;
- Possibilità di richiamare e visualizzare sul grande schermo di sala eventuali esami precedenti, anche acquisiti con altre apparecchiature digitali (RM, TC, US) richiamandole dall'archivio digitale;
- Escursione ampia del grande schermo in altezza;
- Possibilità di posizionamento del monitor indipendente dalla posizione degli operatori;
- Possibilità di visualizzazione in sala di esame delle sequenze acquisite anche attraverso l'ausilio di telecomando o equivalente;



- Possibilità di visualizzazione delle sequenze acquisite o immagine per immagine o in modalità sequenziale;
- Visualizzazione in sala comandi delle immagini in tempo reale sui due piani di acquisizione, attraverso due monitor di adeguato formato, dedicati alla gestione dei dati di esame (dati anagrafici del paziente, dati di impostazione dell'esame, dati di archiviazione, ecc.) e all'elaborazione a colori di immagini 3D.

### **Sistema di gestione dei comandi in sala di esame**

- L'interfaccia del sistema deve essere semplice ed intuitiva per gli utilizzatori;
- L'intero sistema dovrà essere completamente gestibile da bordo tavolo in sala di esame;
- Il pannello di controllo della geometria del sistema e dell'imaging deve essere facilmente e rapidamente fruibile a bordo tavolo dall'operatore;
- Il pannello di controllo, preferibilmente di tipo touch-screen, deve garantire l'accesso e l'impostazione di funzionalità avanzate del sistema (imaging 3D, analisi quantitative, cone-beam CT, etc.);
- Il pannello di controllo deve essere visualizzabile e azionabile anche se coperto da telini sterili trasparenti (allegare immagini chiare dell'interfaccia del sistema per l'operatore e del pannello di controllo, indicando chiaramente la tipologia dei comandi);
- La gestione completa delle immagini acquisite deve essere possibile anche in sala di esame.

### **Archiviazione delle immagini e Connessione del sistema con l'archivio centrale**

- Il sistema deve garantire la possibilità di archiviazione delle singole immagini, dell'intero esame o di più esami su unità di memoria digitale portatili (dischi rigidi ausiliari, penne USB, CD-DVD) con incorporazione di software auto installanti di visualizzazione delle immagini DICOM (su CD o DVD);
- L'intero sistema deve essere dotato delle opportune strumentazioni necessarie per il collegamento in rete e l'interscambio di dati ed esami con le altre apparecchiature digitali presenti in reparto e con l'archivio centrale (RIS-PACS).

### **Programmi aggiuntivi alla strumentazione di base**

- Visualizzazione contemporanea di immagini in scopia e scopia sottratta (road map);
- Angiografia dinamica rotazionale ad alta velocità con possibilità di ricostruzione 3D di ampi volumi acquisiti. La stazione di ricostruzione 3D deve essere ubicata in sala comandi in maniera indipendente e deve consentire di rivedere ed elaborare immagini provenienti non solo dall'Angiografia rotazionale ma anche da altri sistemi digitali presenti in reparto come TC, RM, US. La workstation 3D deve essere dotata di monitor TFT-LCD e di lettore/masterizzatore di CD-DVD con possibilità di esportazione delle immagini nei comuni formati digitali (JPEG, PDF, AVI, etc.);
- Ridotto tempo di ricostruzione 3D (specificare il tempo di ricostruzione);
- Visualizzazione delle immagini 3D con tecniche di rendering allo stato dell'arte;
- Visualizzazione con risoluzione elevata in sala comandi e in sala di esame delle immagini 3D ricostruite con chiaro riferimento dei gradi di angolazione e rotazione degli stativi biplanari;
- Comandi per la 3D azionabili in sala di esame con richiamo e sincronizzazione della proiezione ricostruita con la posizione degli archi;
- Analisi automatiche vascolari (endoscopia virtuale, stenting virtuale, cross-section view, etc.) con possibilità di richiamare e manipolare le immagini direttamente dalla sala di esame;
- C-arm cone beam CT ovvero acquisizione e ricostruzione di immagini tomografiche computerizzate partendo dall'analisi del volume 3D (specificare il tempo di acquisizione e ricostruzione dei relativi volumi e le modalità di gestione delle immagini in sala di esame) con arco posizione di testa rispetto al paziente;
- 3D road-mapping con compensazione automatica dei movimenti;



- Pianificazione e navigazione per procedure extravascolari (quali biopsie, vertebroplastiche, termo ablazioni) con programma di pianificazione della traiettoria dell'ago su un volume TC/RM o su un volume acquisito con tecnica rotazionale, allineamento automatico dell'arco alla traiettoria programmata dell'ago, controllo real-time dell'avanzamento dell'ago attraverso la sovrapposizione dell'immagine di scopia al volume 3D acquisito;
- Eventuali software aggiuntivi (perfusione cerebrale, circoli venosi, ecc.).

**Accessori**

- Iniettore automatico del mdc con possibilità di montaggio sul tavolo di cateterismo del paziente;
- Monitoraggio dei parametri vitali (con tracce ECG, pressioni invasive e non, canale di temperatura, etc.) con rappresentazione video sullo schermo di esame;
- Stativo pensile porta utenze elettriche e gas medicali destinato ad alloggiare e sostenere le apparecchiature per anestesista dotato di braccio a snodo di circa 330° con possibilità di "parcheggio" remoto dall'angiografo, e sistema a sollevamento verticale elettrico con agganci per i respiratori delle marche più diffuse in commercio;
- Apparecchio per anestesia del tipo "a pensile" compatibile con lo stativo pensile descritto sopra. Il sistema di anestesia dovrà essere completo di tutto quanto serve per effettuare procedure di interventistica, in particolar modo neuro vascolare;
- Lampada scialitica LED da almeno 80.000 lux di tipo pensile con braccio articolato snodabile.

**Strumentazioni complementari**

- Presenza di diversi filtri spettrali per la riduzione delle radiazioni molli (specificare potere filtrante in mmCu equivalenti);
- Possibilità di selezione di diversi livelli di scopia per avere sempre il miglior bilanciamento dose/qualità immagine;
- Controllo di griglia per scopia pulsata o sistemi analoghi atti ad assicurare la non emissione di raggi durante i transitori di corrente al filamento del catodo (descrivere dettagliatamente).

**Barriere radioprotettive**

- Dotazione di barriere radioprotettive, sia fisse al tavolo di cateterismo che pensili, la più completa possibile.

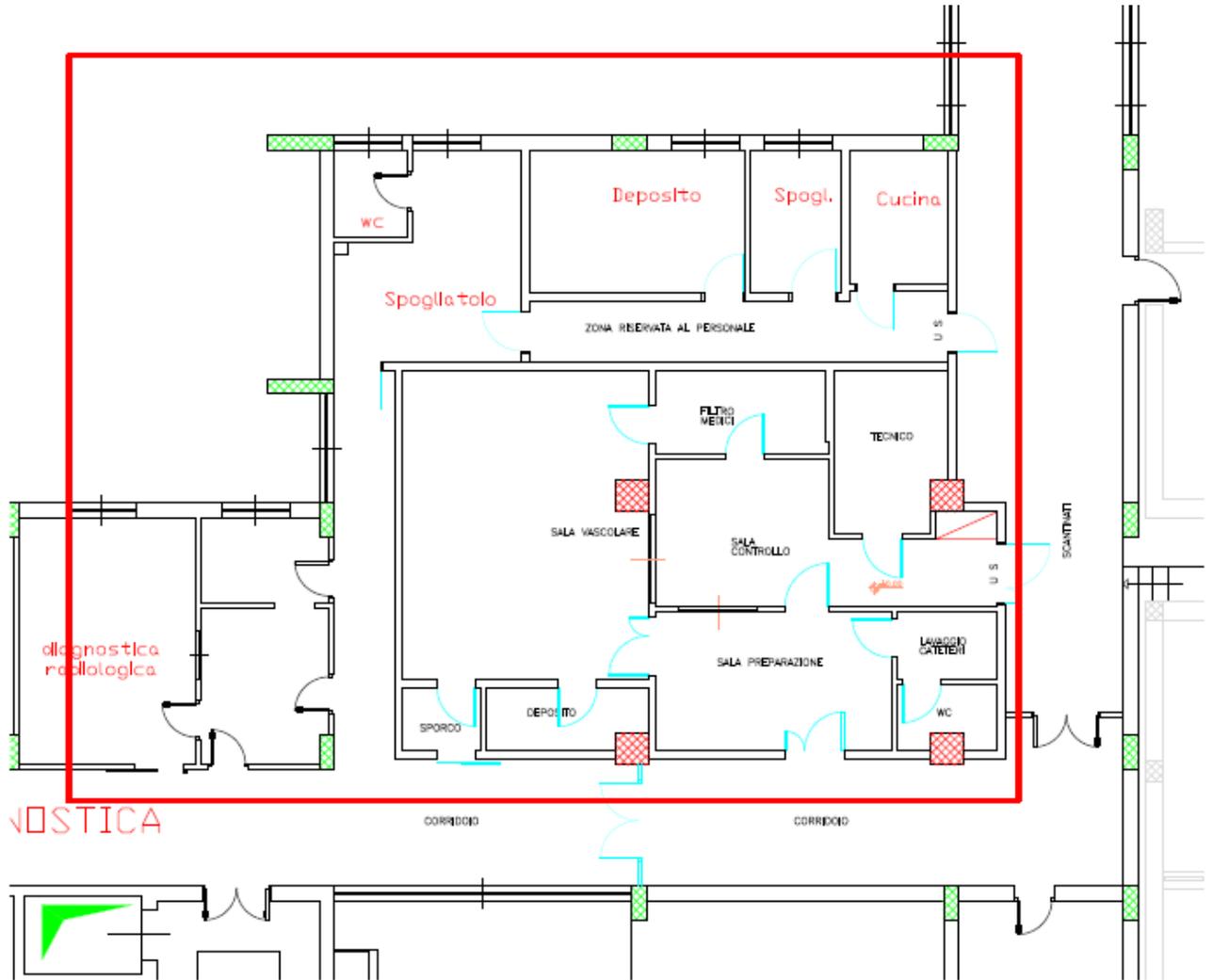
**QUADRO ECONOMICO INTERVENTO**

L'importo stanziato, pari a € 1.570.840,41, comprende anche le spese per i lavori di adeguamento edili ed impiantistici relativi alla sala angiografica e correlati locali tecnici ed allo smaltimento del vecchio angiografo. Si riporta di seguito il quadro economico di massima dell'intervento e la planimetria dei locali.

<b>A</b>	<b>Apparecchiature</b>		
A1	Fornitura e installazione nuovo angiografo	1.250.000,00	
A2	Oneri sicurezza	25.000,00	
	<b>Somma A</b>	<b>1.275.000,00</b>	
<b>B</b>	<b>Lavori</b>		
B	Lavori adeguamento locali	135.000,00	
B1	Oneri sicurezza	2.700,00	
	<b>Somma B</b>	<b>137.700,00</b>	
<b>C</b>	<b>Somme a disposizione</b>		
C1	Spese generali	2.743,41	
C2	Iva di A	127.500,00	
C3	Iva di B	13.770,00	
C4	Incentivi art. 113 D.lgs. 50/2016	14.127,00	
	<b>Somma C</b>	<b>158.140,41</b>	
	<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>1.570.840,41</b>	



PLANIMETRIA LOCALI



\*\*\*\*\*



***INTERVENTI SECONDO STRALCIO  
PROGRAMMATICO***

**INTERVENTO N. 6 - ST2-NO6****AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI CATANZARO****REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI CATANZARO****PREMESSE**

Il difficile obiettivo di accorpamento tra l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", rimasto inattuato dal dicembre 2007, nonostante gli sforzi profusi negli anni a seguire, ha sortito, nei primi mesi del corrente anno, una significativa evoluzione, promossa dal Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro e dal Sindaco della città di Catanzaro, registrandosi, oggi, la sostanziale condivisione della Regione Calabria e dell'Università "Magna Graecia" di un percorso utile a concretizzare l'accorpamento delle suddette Aziende.

In data 15 maggio 2018, infatti, è stata sottoscritta una "Intesa tra il Presidente della Regione Calabria, il Magnifico Rettore dell'Università Magna Graecia ed il Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, per l'integrazione tra l'Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio" e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini". L'Intesa si fonda sui seguenti presupposti:

- il Programma Operativo per il triennio 2016-2018, di cui al DCA n. 119/2016, di prosecuzione del Piano di rientro della Regione Calabria, all'obiettivo 2.1.1.1 prevede "*l'integrazione dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini*";
- l'integrazione è stata fortemente richiesta dal Ministero dell'Economia e Finanze e dal Ministero della Salute, affiancanti la Regione in regime di commissariamento nell'attuazione del Programma Operativo, come risultante dai verbali dei tavoli di monitoraggio del programma;
- non è ulteriormente procrastinabile l'integrazione al fine di addivenire ad un'unica Azienda ospedaliero-universitaria, con l'obiettivo di migliorare l'offerta sanitaria in termini di volumi, appropriatezza e qualità e migliorare considerevolmente la ricettività alberghiera, utilizzando tra l'altro gli spazi ed i posti letto non ancora attivati presso l'attuale AOU e realizzare un centro di eccellenza per le malattie oncologiche presso il plesso Ciaccio dell'AO, di primaria importanza, con lo scopo, tra l'altro, di contrastare la mobilità passiva regionale che, nel 2016, ha raggiunto, il valore di oltre 300 milioni di euro;
- è di primaria importanza ai fini dello sviluppo della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Magna Graecia, consentire all'Università di sviluppare al meglio le Scuole di Specializzazione esistenti e di aprirne eventualmente di nuove;

Sulla base dei suddetti presupposti, le parti hanno convenuto sulla necessità di addivenire in tempi brevi all'integrazione, mediante fusione dell'A.O. "Pugliese Ciaccio" nell'A.O.U. "Mater Domini" e, ferme restando le prerogative del Consiglio Regionale nell'esercizio della funzione legislativa in materia, hanno invitato il Consiglio Regionale a legiferare in tal senso anche eliminando le disposizioni legislative regionali precedenti che siano di eventuale ostacolo all'integrazione, mediante fusione, dell'A.O. "Pugliese Ciaccio" nell'A.O.U. "Mater Domini" ed hanno dato atto che l'organizzazione ed il funzionamento dell'A.O.U. "Mater Domini Pugliese Ciaccio" saranno disciplinati dal Protocollo d'Intesa Università- Regione, come previsto dall'art. 1 comma 1 del D.lgs 517/99.

Con Legge Regionale 13 marzo 2019, n. 6 "Integrazione delle Aziende ospedaliere della città capoluogo della Regione", l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro è integrata con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", che assume la denominazione di Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini-Pugliese Ciaccio".

Parallelamente al percorso normativo e regolamentare sopra descritto, si prevede la riorganizzazione dei servizi sanitari complessivi della città di Catanzaro.

Verranno ubicati nel Nuovo Ospedale i servizi relativi all'alta intensità di cura, prevedendo la realizzazione di una moderna e tecnologica piastra delle emergenze, nonché le degenze chirurgiche ed i servizi ad esse connessi.

Nel presidio sanitario "Mater Domini" verranno trasferite tutte le degenze a media intensità di cura, compreso il blocco materno - infantile, eseguendo i connessi interventi di adeguamento funzionale, sanitario e tecnologico sul plesso esistente (Intervento n. 8).



L'attuale presidio del Pugliese sarà riconvertito a Casa della Salute, per lo svolgimento di funzioni sanitarie di tipo territoriale, oggi sparse in numerose sedi dell'Azienda Sanitaria Provinciale (Intervento n. 9).

Il Presidio del Ciaccio resta destinato a svolgere il ruolo di polo oncologico dell'Azienda Unica, accogliendo i posti letto di oncologia, oggi ospitati nel presidio "Mater Domini".

### ANALISI DELLO STATO DI FATTO

L'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio è costituita da più corpi di fabbrica così distinti:

- Compendio P.O. Pugliese collocato nella zona nord della Città di Catanzaro sul Viale Pio X che occupa una superficie di poco più di tre ettari all'interno dei quali trovano sistemazione i seguenti immobili:
  - 1) **P.O. Pugliese**, sede di Pronto soccorso e di tutte le specialistiche legate all'area dell'emergenza/urgenza. Realizzato a partire dall'inizio degli anni '60;
  - 2) **Padiglione Malattie infettive** completato nel 2013;
  - 3) **Palazzina Poliambulatorio** completata alla fine degli anni '90.
- il **P.O. De Lellis** (ex Ciaccio), distante poco meno di 2 km dall'area del P.O. Pugliese, risalente alla fine degli anni '30 e originariamente destinato a sanatorio, con tutte le caratteristiche tipologiche dell'architettura dell'epoca. Oggi completamente ristrutturato e destinato ad accogliere le funzioni del Dipartimento Onco-ematologico dell'Azienda.
- il **Plesso edilizio Madonna dei Cieli**, distante solo qualche centinaio di metri dall'area del P.O. Pugliese, risalente alla fine degli anni '30 e originariamente destinato a sanatorio, con tutte le caratteristiche tipologiche dell'architettura dell'epoca. Oggi è destinato ad accogliere le funzioni direzionali ed amministrative non solo dell'Azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio ma anche dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro.



La dotazione di spazi dei tre presidi risulta, in ogni caso, insufficiente a garantire tutte le funzioni previste dai vigenti standard ospedalieri per un Ospedale HUB. Gli edifici non possiedono caratteristiche di flessibilità dal punto di vista strutturale, organizzativo e funzionale e non permettono di poter attuare nuovi modelli assistenziali.

Nonostante gli interventi di parziale ristrutturazione ed ampliamento che negli ultimi decenni hanno interessato il presidio "Pugliese", il plesso risulta comunque obsoleto e assolutamente



inadeguato a soddisfare le moderne esigenze di carattere sanitario, organizzativo, strutturale, tecnologico, normativo e gestionale. Il presidio del “Pugliese” presenta, ad oggi, significative criticità che possono essere così sintetizzate:

- L’ubicazione in un quartiere urbano, interessato da due strade a **intenso traffico** (Tangenziale e Viale Pio X), pone problemi di natura ambientale (polveri sospese, mancanza di aree verdi, superamento del livello di rumorosità massima consentita dalla legge) e ne rende **disagevole l’accesso**, in assenza di un adeguato ingresso per i mezzi di soccorso, per i soggetti portatori di handicap, nonché per gli utenti e per i visitatori.
- La **scarsità di aree di parcheggio** dedicate non consente di garantire il relativo servizio e crea **disagio ai mezzi di soccorso** per l’accesso alla struttura.
- Allo stato attuale **non esiste un’eli-superficie** o uno spazio ad essa dedicato, col risultato di dover fare atterrare i mezzi di soccorso aereo a qualche chilometro di distanza.
- Le **strutture non sono conformi ai requisiti della normativa antisismica** e i lavori necessari per un eventuale adeguamento non consentirebbero la continuità di esercizio delle attività.
- Il presidio è stato **parzialmente messo in sicurezza sotto il profilo della protezione antincendio**, attraverso la realizzazione di compartimentazioni, di una vasca di accumulo, di dedicati gruppi di pressurizzazione e di reti idranti. Si rendono necessari ulteriori adempimenti: realizzazione di percorsi e vie di fuga, compartimentazione delle aree e delle scale, realizzazione di filtri a prova di fumo, adeguamento degli impianti di spegnimento nei depositi e negli archivi, sostituzione delle scale antincendio esterne con scale a prova di fumo, completamento dell’impianto di rilevazione e allarme antincendio, adeguamento alla normativa degli ascensori.
- La **ridottissima estensione dell’area di pertinenza** del presidio e la **rigidità strutturale** non consentono **alcuna possibilità di sviluppo**, anche nel rispetto dei requisiti minimi di spazio dettati dalla normativa. Peraltro, per come posizionata e per la totale assenza di superfici libere, non esiste alcuna possibilità di realizzare ospedali da campo, con la conseguente eventuale paralisi della Città di Catanzaro ed in particolare del DEA di secondo livello, in caso di calamità naturale.
- Dal punto di vista funzionale, si rileva l’inadeguatezza dei percorsi sporco-pulito verticali/orizzontali e la presenza diffusa di barriere architettoniche.
- Si rilevano gravi carenze dal punto di vista impiantistico, dove si registra l’inadeguatezza degli impianti elettrico, termico, informatico e medicale. Si rileva anche il mancato rispetto degli standard microclimatici, oltre all’assenza di sistemi di trattamento dei liquami prima dell’immissione nella rete fognante urbana.
- Rappresenta un’altra grave criticità la **ristrettezza di spazi da dedicare agli archivi e all’attività di libera professione** (al momento autorizzata al di fuori del presidio).
- La **dotazione di arredi è obsoleta** e non a norma e si registrano **gravi carenze in merito al parco tecnologico sanitario** che, seppure funzionante, presentano datazione superiore ai 10 anni.
- Completamente assenti i servizi per gli utenti: mensa, barberia, edicola, minimarket, ecc.  
E’ necessario e urgente assicurare alla collettività una struttura pienamente operativa per lo svolgimento, tanto delle funzioni ordinarie, quanto delle funzioni di emergenza di protezione civile.

### CRITERI DI INTERVENTO

Obiettivo dell’intervento è la realizzazione di una struttura all’avanguardia per le soluzioni tecnologiche adottate, oltre che per la qualità e facilità di risposta alle future evoluzioni della medicina e delle tecnologie biomediche e informatiche, senza perdere di vista gli aspetti di confort, efficienza e umanizzazione.

La proposta deve assicurare nel tempo la necessaria adattabilità all’evolversi dei sistemi di diagnosi e di cura. Volumi, funzioni e spazi connettivi devono dialogare secondo le necessità connesse con flussi, percorsi e accessi, con i collegamenti fra esterno e interno, con l’organizzazione funzionale delle diverse aree ospedaliere.

L’intervento da realizzare dovrà essere ispirato ai seguenti obiettivi:

- sicurezza del paziente, degli operatori e della struttura in tutti i suoi aspetti;
- umanizzazione per gli ospiti e gli addetti;
- ergonomia negli ambienti di lavoro e funzionalità dell’edificio;



- studio accurato dei percorsi e dei flussi, anche in relazione alle funzioni residuali ospitate negli edifici esistenti;
- facilitazione nella comunicazione e nei rapporti (collegamenti fisici, sistema informatico, posta pneumatica, trasporti leggeri, etc.);
- originalità delle soluzioni architettoniche, di spazi “sociali” e di aggregazione, per rendere il ricovero e la permanenza in ospedale meno traumatici psicologicamente e meglio accettabili socialmente, con ampio utilizzo di aree a verde;
- ambiente confortevole con grande cura per l’accoglienza in tutti i suoi aspetti, dalla leggibilità all’orientamento e alla segnaletica, in considerazione delle esigenze degli utilizzatori;
- adattabilità al mutare delle esigenze organizzative, gestionali e funzionali: modularità, standardizzazione, flessibilità;
- espandibilità (facilità di variazioni interne o di ampliamenti per far fronte ad aumenti o a modifiche nella dimensione o nelle caratteristiche degli spazi);
- risparmio energetico e utilizzo di fonti di energia rinnovabili;
- manutenibilità ed economia nella gestione e nell’utilizzo;
- valorizzazione del contesto ambientale e urbano;
- semplicità delle procedure di mantenimento dell’igiene.

La razionale organizzazione degli spazi, oltre a soddisfare i requisiti funzionali e organizzativi propri di ciascuna area omogenea, è subordinata alla corretta individuazione e razionalizzazione dei flussi di persone e di materiali.

La riconoscibilità e la separazione dei flussi di accesso al comprensorio è un aspetto fondamentale nella progettazione di un ospedale; la prima macro distinzione deve essere effettuata sulla base dei seguenti flussi:

- accesso alle funzioni/attività di pronto soccorso / emergenza;
- accesso degli utenti, con la necessità di distinzioni per specifiche categorie di utenti di seguito approfondite;
- accesso del personale;
- accesso per approvvigionamenti e merci (farmaci e presidi, materiale pulito, materiale sporco, cucina/mensa, rifiuti, etc.);
- manutenzioni.

Deve essere garantita la separazione dello sporco dal pulito, con particolare attenzione ai percorsi dei pazienti, dei rifiuti, del pulito, dei pasti e alla gestione del materiale sterile, ove presente. La suddivisione dei flussi si traduce nello studio delle vie d’accesso e uscita, delle aree di sosta degli automezzi, dei percorsi di collegamento orizzontali e verticali, riservando particolare attenzione ai cittadini / utenti.

Il layout proposto dovrà garantire la chiarezza e la facile individuazione dei percorsi dedicati ai cittadini, al fine di non generare confusione e perdite di tempo.

Il principio di flessibilità, di valenza ormai nota e acquisita unitamente all’espandibilità, condiziona l’opera architettonica incidendo su:

- individuazione dei flussi di collegamento vincolati;
- individuazione del modulo strutturale e architettonico più appropriato;
- individuazione dei materiali e delle tecniche costruttive adeguate e ottimali;
- individuazione dell’architettura degli impianti tecnici adeguata e ottimale.

Tali aspetti, puramente esemplificativi e di indirizzo generale, devono essere contestualizzati e calati nelle scelte progettuali, in considerazione delle effettive aspettative di vita della struttura e delle sue componenti e in considerazione dell’inevitabile indeterminatezza legata all’evolversi delle normative e delle disposizioni legislative, delle tecnologie e delle tecniche e modalità di diagnosi e cura.

Altro elemento peculiare nella progettazione di un ospedale riguarda l’area destinata alla degenza. La presenza di stanze singole adeguatamente attrezzate è un importante criterio sulla base del quale progettare le aree di degenza, in ragione del maggior comfort e del rispetto della privacy per degenti e loro familiari, della possibilità di ridurre le infezioni ospedaliere e la durata della degenza, del miglioramento delle condizioni operative dei sanitari. Secondo principi analoghi, le stanze doppie



devono essere progettate prevedendo spazi distinti che favoriscano le esigenze del paziente, dei familiari/accompagnatori e degli operatori. Nelle aree di degenza la percentuale di stanze dotate di servizi igienici che permettano ampia ergonomia del paziente dovrà essere commisurata alla presenza, su base storica in base ai dati che verranno forniti dall'Azienda, di utenti non autosufficienti, a seconda delle diverse specialità. Nel dimensionamento e nel lay-out delle stanze di degenza (e in generale dei locali ove è necessario l'accesso dei letti) dovrà essere curato l'aspetto di movimentazione dei pazienti, anche valutando la possibilità di inserire sistemi di sollevamento a soffitto per aree specifiche, a titolo esemplificativo ove vengano svolte attività di tipo riabilitativo (cardiologia, fisioterapia, etc.).

Pur con caratteristiche specifiche a seconda delle destinazioni d'uso, tutti gli ambienti destinati all'assistenza sanitaria e alla degenza dovranno rispondere a caratteristiche di efficienza, gestione paperless e di digitalizzazione dell'ambiente ospedaliero integrando dispositivi medici e sistemi informativi, allo scopo di promuovere l'assistenza al paziente e le pratiche cliniche, oltre che l'ottimizzazione delle risorse. Particolare attenzione dovrà essere data alle proposte progettuali per stanze di degenza, comprendendo sistemi digitali di interactive patient care, inteso come restituzione del controllo di alcune funzioni e attività al paziente, nel corso della sua permanenza in ospedale, all'interno della stanza di degenza, nell'ottica di:

- aumentare l'autonomia e il confort del paziente;
- migliorare la gestione delle esigenze e delle necessità del paziente da parte degli operatori;
- integrare le funzioni assistenziali (chiamata infermieri, registrazione parametri e condivisione dati clinici, sistemi per la telesorveglianza, pur con le garanzie di privacy e sicurezza previste per legge) con le necessità pratiche e logistiche (pulizia della stanza, prenotazione pasti, etc.) e con l'intrattenimento e le comunicazioni (tv, telefono, etc.).

## IL QUADRO SANITARIO

Con il Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro n. 64 del 5 luglio 2016 è stato approvato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, a modifica e integrazione del DCA n. 30 del 3/03/2016. Il provvedimento suddetto prevede la seguente ripartizione dei posti letto tra le Aziende Ospedaliere "Pugliese-Ciaccio" e l'Azienda Universitaria "Mater Domini":

POSTI LETTO					
	<i>Day hospital</i>	<i>Day surgery</i>	<i>Degenza ordinaria</i>	<i>Totale PL</i>	<i>Pl. Tecnici</i>
<b>P.O. Pugliese</b>	23	22	415	<b>460</b>	35
<b>P.O. Ciaccio</b>	30	0	28	<b>58</b>	0
<b>Totale A.O. Pugliese - Ciaccio</b>	53	22	443	<b>518</b>	35

Nelle tabelle seguenti il dettaglio delle discipline e dei posti letto previsti dal DCA n. 64/2016:

AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE - CIACCIO"						
PRESIDIO CIACCIO						
PROGRAMMAZIONE REGIONALE - DCA n. 64/2016						
Area	Descrizione disciplina	<i>Day hospital</i>	<i>Day surgery</i>	<i>Degenza ordinaria</i>	<i>Totale PL</i>	
MATERNO INFANTILE	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	6		8	14	
		6	-	8	14	
MEDICA	EMATOLOGIA	12		8	20	
	ONCOLOGIA	11		11	22	
	ONCOLOGIA (CURE PALLIATIVE)	1		1	2	
	TERAPIA DEL DOLORE				-	
		24	-	20	44	
	<b>TOTALE</b>	<b>30</b>	<b>-</b>	<b>28</b>	<b>58</b>	



AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE - CIACCIO" PRESIDIO PUGLIESE PROGRAMMAZIONE REGIONALE - DCA n. 64/2016					
Area	Descrizione disciplina	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL
CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE		2	18	20
	CHIRURGIA GENERALE (ENDOSCOP. CHIRURG.)				-
	CHIRURGIA GENERALE (D'URGENZA)		-	-	-
	CHIRURGIA GENERALE (SENOLOGICA)			5	5
	CHIRURGIA PEDIATRICA		2	8	10
	CHIRURGIA PLASTICA		2	8	10
	CHIRURGIA TORACICA (MATER DOMINI)			10	10
	CHIRURGIA VASCOLARE		2	8	10
	NEUROCHIRURGIA		1	24	25
	OCCULISTICA		4	6	10
	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA				-
	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA (CHIR. ORALE)				-
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		4	26	30
	OTORINOLARINGOIATRIA		4	6	10
	UROLOGIA		1	13	14
	DAY SURGERY				15
EMERGENZA-URGENZA	MCAE	-	22	147	169
MATERNO INFANTILE	NIDO			20	20
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2		18	20
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA (AOU Mater Domini)	2		18	20
	PEDIATRIA	3		13	16
	PEDIATRIA (AOU Mater Domini)				-
	NEONATOLOGIA			15	15
	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	10
MEDICA	CARDIOLOGIA (CON EMODINAMICA)	7	-	74	81
	EMATOLOGIA (SERVIZIO DI EMOSTASI E TROMBOSI)	2		18	20
	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ				-
	GERIATRIA	2		28	30
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	3		15	18
	MEDICINA GENERALE	4		22	26
	NEFROLOGIA	2		16	18
	NEUROLOGIA (con stroke unit)	-		20	20
	PSICHIATRIA	3		13	16
	DERMATOLOGIA			10	10
	EMODIALISI			15	15
	GASTROENTEROLOGIA				-
	PNEUMOLOGIA				-
	REUMATOLOGIA				-
	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA				-
	DETENUTI			2	2
MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	16	-	144	160
	MEDICINA NUCLEARE				-
	RADIOLOGIA				-
	RADIOLOGIA (D'URGENZA)				-
	LABORATORIO D'ANALISI				-
	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA				-
SERVIZIO TRASFUSIONALE				-	
POST ACUZE	UNITA' SPINALE			10	10
	RECUPERO E RIABILITAZIONE				-
SUPPORTO	COMPARTI OPERATORI			10	10
	FARMACIA OSPEDALIERA				-
	DIREZIONE MEDICA P.O.				-
	DIREZIONE MEDICA P.O. (SUPP. DE LELLS)				-
	FISICA SANITARIA				-
TERAPIE INTENSIVE	TERAPIA INTENSIVA			16	16
	TERAPIA INTENSIVA (DONAZIONE E TRAPIANTI)				-
	UNITA' CORONARICA			12	12
				28	28
		23	22	415	460



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MATER DOMINI"					
PROGRAMMAZIONE REGIONALE - DCA n. 64/2016					
Area	Descrizione disciplina	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL
CHIRURGICA	CARDIOCHIRURGIA			14	14
	CHIRURGIA GENERALE		2	14	16
	CHIRURGIA GENERALE (APP. DIGERENTE)		2	6	8
	CHIRURGIA GENERALE (ENDOCRINOCH.)			6	6
	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		2	6	8
	CHIRURGIA PEDIATRICA		-	-	-
	CHIRURGIA PLASTICA		2	6	8
	CHIRURGIA VASCOLARE		2	6	8
	NEUROCHIRURGIA		1	9	10
	OCULISTICA			4	4
	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA				-
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		1	7	8
	OTORINOLARINGOIATRIA				-
	OTORINOLARINGOIATRIA (CON AUDIOLOGIA)		1	4	5
UROLOGIA		2	6	8	
		-	19	88	107
MATERNO INFANTILE	NIDO			-	-
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA			-	-
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA (IVG)			-	-
	PEDIATRIA			-	-
	NEONATOLOGIA			-	-
	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			-	-
		-	-	-	-
MEDICA	CARDIOLOGIA (RIABILITATIVA)	2			2
	CARDIOLOGIA (MALATTIE CARDIOVASCOLARI)				-
	CARDIOLOGIA (CON EMODINAMICA)	2		18	20
	CARDIOLOGIA (UNITA' SCOMPENSO CARDIACO)				-
	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	1		7	8
	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ (ENDOCRIN)	2			2
	GERIATRIA	2		8	10
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	2		2	4
	MEDICINA GENERALE	2		10	12
	NEFROLOGIA			8	8
	NEUROLOGIA	2		14	16
	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT II LIV.)				-
	NEUROLOGIA D'URGENZA				-
	PSICHIATRIA				-
	DERMATOLOGIA				-
	EMODIALISI				-
	GASTROENTEROLOGIA (EPATOLOGIA)				-
	GASTROENTEROLOGIA (ED ENDOSCOPIA OPER.)			8	8
	GASTROENTEROLOGIA (FIS. APP. DIGERENTE)	2		8	10
	ONCOLOGIA	4		12	16
	ONCOLOGIA (MED. TRASL.)				-
	ONCOLOGIA				-
PNEUMOLOGIA	1		10	11	
PNEUMOLOGIA				-	
		22	-	105	127
MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA				-
	MEDICINA LEGALE				-
	MEDICINA NUCLEARE				-
	RADIOLOGIA				-
	ANESTESIA				-
	LABORATORIO D'ANALISI (BIOCHIMICA CLINICA)				-
	LABORATORIO D'ANALISI (PATOLOGIA CLINICA)				-
	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA				-
	NEURORADIOLOGIA				-
	NEURORADIOLOGIA (INTERVENTISTICA ENDOVAS.)				-
GENETICA MEDICA				-	
		-	-	-	-
POST ACUZE	RECUPERO E RIABILITAZIONE			8	8
				8	8
SUPPORTO	FARMACOLOGIA CLINICA E FARMACOVIGILANZA				-
	FARMACIA OSPEDALIERA				-
	NUTRIZIONE CLINICA				-
	IGIENE OSPEDALIERA				-
	DIREZIONE MEDICA P.O.				-
		-	-	-	-
TERAPIE INTENSIVE	TERAPIA INTENSIVA			14	14
	UNITA' CORONARICA			12	12
		-	-	26	26
<b>TOTALE</b>		<b>22</b>	<b>19</b>	<b>227</b>	<b>268</b>



## DIMENSIONAMENTO E POSTI LETTO

Nell'ambito di un complessivo progetto di riorganizzazione dell'offerta sanitaria nella città di Catanzaro, di concerto con il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro, si è valutata l'allocatione nella nuova struttura ospedaliera delle funzioni sanitarie esplicitate nella tabella seguente, con la distinta dei posti letto attribuiti.

Presidio originario	AREA	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Day hospital DCA 64/2016	Day surgery DCA 64/2016	Degenza Ordinaria DCA 64/2016	Tot. Posti DCA 64/2016	Denominazione struttura finale	HSP DH 2018	HSP DS 2018	HSP DO 2018	HSP Tot. PL 2018
Pugliese	CHIRURGICA	9	CHIRURGIA GENERALE (d'urgenza)	-	-	-	-	Nuovo Ospedale	-	-	20	20
Pugliese	CHIRURGICA	9	CHIRURGIA GENERALE (endoscop. chirurgica)	-	-	-	-		-	-	-	-
		9 Totale		-	-	-	-		-	-	20	20
Pugliese	CHIRURGICA	13	CHIRURGIA TORACICA (Mater Domini)			10	10	Nuovo Ospedale	-	2	10	12
		13 Totale		-	-	10	10		-	2	10	12
Pugliese	CHIRURGICA	14	CHIRURGIA VASCOLARE		2	8	10	Nuovo Ospedale	-	4	12	16
Mater Domini	CHIRURGICA	14	CHIRURGIA VASCOLARE		2	6	8		-	-	-	-
		14 Totale		-	4	14	18		-	4	12	16
Pugliese	CHIRURGICA	30	NEUROCHIRURGIA		1	24	25	Nuovo Ospedale	-	2	20	22
Mater Domini	CHIRURGICA	30	NEUROCHIRURGIA		1	9	10		-	-	-	-
		30 Totale		-	2	33	35		-	2	20	22
Pugliese	CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		4	26	30	Nuovo Ospedale	2	-	28	30
		36 Totale		-	4	26	30		2	-	28	30
Pugliese	CHIRURGICA	38	OTORINOLARINGOIATRIA		4	6	10	Nuovo Ospedale	-	2	10	12
Mater Domini	CHIRURGICA	38	OTORINOLARINGOIATRIA (con audiologia)		1	4	5		-	-	-	-
		38 Totale		-	5	10	15		-	2	10	12
Pugliese	CHIRURGICA	43	UROLOGIA		1	13	14	Nuovo Ospedale	-	2	18	20
Mater Domini	CHIRURGICA	43	UROLOGIA		2	6	8		-	-	-	-
		43 Totale		-	3	19	22		-	2	18	20
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	3	ANATOMIA PATOLOGICA					Nuovo Ospedale	-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	3	ANATOMIA PATOLOGICA						-	-	-	-
		3 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	69	RADIOLOGIA (d'urgenza)					Nuovo Ospedale	-	-	-	-
		69 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	82	ANESTESIA					Nuovo Ospedale	-	-	-	-
		82 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE					Nuovo Ospedale	-	-	-	-
		100 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	101	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA					Nuovo Ospedale	-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	101	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA						-	-	-	-
		101 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	102	SERVIZIO TRASFUSIONALE					Nuovo Ospedale	-	-	-	-
		102 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	104	NEURORADIOLOGIA					Nuovo Ospedale	-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	104	NEURORADIOLOGIA (interventistica)						-	-	-	-
		104 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	121	COMPARTI OPERATORI					Nuovo Ospedale	-	-	-	-
		121 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	DS	DIREZIONE MEDICA P.O.					Nuovo Ospedale	-	-	-	-
		DS Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	F	FARMACIA OSPEDALIERA					Nuovo Ospedale	-	-	-	-
		F Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	EMERGENZA	49	TERAPIA INTENSIVA			16	16	Nuovo Ospedale	-	-	16	16
Pugliese	EMERGENZA	49	TERAPIA INTENSIVA (donazione e trapianti)						-	-	-	-
		49 Totale		-	-	16	16		-	-	16	16
Pugliese	EMERGENZA	50	UNITA' CORONARICA			12	12	Nuovo Ospedale	-	-	12	12
		50 Totale		-	-	12	12		-	-	12	12
Pugliese	EMERGENZA	51	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E DI EMERGENZA			12	12	Nuovo Ospedale	-	-	20	20
		51 Totale		-	-	12	12		-	-	20	20
Pugliese	MEDICA	8	CARDIOLOGIA (con emodinamica)	2	18	20	20	Nuovo Ospedale	2	-	18	20
		8 Totale		2	-	18	20		2	-	18	20
Pugliese	MEDICA	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	3	15	18	18	Nuovo Ospedale	2	-	18	20
Mater Domini	MEDICA	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	2	2	4	4		-	-	-	-
		24 Totale		5	-	17	22		2	-	18	20
Pugliese	MEDICA	26	MEDICINA GENERALE	4	22	26	26	Nuovo Ospedale	2	-	18	20
		26 Totale		4	-	22	26		2	-	18	20
Pugliese	MEDICA	29	NEFROLOGIA	2	16	18	18	Nuovo Ospedale	2	-	16	18
		29 Totale		2	-	16	18		2	-	16	18
Pugliese	MEDICA	32	NEUROLOGIA (con stroke unit II liv.)			20	20	Nuovo Ospedale	-	-	20	20
		32 Totale		-	-	20	20		-	-	20	20
Pugliese	MEDICA	40	PSICHIATRIA	3	13	16	16	Nuovo Ospedale	3	-	13	16
		40 Totale		3	-	13	16		3	-	13	16
Pugliese	MEDICA	54	EMODIALISI					Nuovo Ospedale	3	-	-	3
		54 Totale		-	-	-	-		3	-	-	3
Pugliese	MEDICA	58	GASTROENTEROLOGIA					Nuovo Ospedale	2	-	8	10
		58 Totale		-	-	-	-		2	-	8	10
Mater Domini	MEDICA	68	PNEUMOLOGIA	1	10	11	11	Nuovo Ospedale	2	-	10	12
		68 Totale		1	-	10	11		2	-	10	12
Pugliese	POST ACUZIE	28	UNITA' SPINALE			10	10	Nuovo Ospedale	-	-	10	10
		28 Totale		-	-	10	10		-	-	10	10
		Totale Pugliese - Mater Domini		17	18	278	313	Tot. Nuovo Osp.le	20	12	297	329



## CONFRONTO TRA LE ALTERNATIVE LOCALIZZATIVE

L'Accordo di Programma del 2007, aveva stabilito il vincolo della contiguità fisica tra il plesso universitario, in località **Germaneto di Catanzaro, contrada Pugliese**, in adiacenza alle strutture dell'Università.

Lo stesso Ministero della Salute, nelle note allegare all'Accordo di Programma, evidenziava alcune perplessità sulla localizzazione in Contrada "Pugliese", quali:

- la scelta di collocare un tunnel sotterraneo per il collegamento con il Campus Universitario, ad una distanza di 500m, che appare ragguardevole, al di sopra del quale è prevista la metropolitana di superficie;
- l'area scelta per il nuovo ospedale evidenzia una serie di criticità, di carattere idrogeologico e morfologico, connesse alla presenza di una collina;
- le due strutture non adiacenti potrebbero condividere quei servizi logistici che generalmente possono essere esternalizzati (mensa, lavanderia, etc), ma sicuramente avranno bisogno, ciascuna, delle funzioni diagnostico terapeutiche, anche di alta tecnologia, a supporto dell'assistenza (altrimenti di difficile raggiungimento nella situazione specifica).



\*\*\*\*\*

Nella fase di gestione dell'intervento curata dal Commissario Delegato ai sensi dell'OPCM 3635/2007, è stato sviluppato uno **Studio di Fattibilità**, approvato dall'Ing. Fabrizio Colcerasa, Soggetto Attuatore per la

realizzazione del Nuovo Ospedale. La localizzazione del presidio ospedaliero è prevista in **località Germaneto, contrada Dorcina**, a circa 1,5 km dall'Università.



L'area suddetta è stata oggetto di Deliberazione del Consiglio Comunale n° 02 del 10 gennaio 2005, che ne ha approvato la sua localizzazione.

Il Dipartimento Agricoltura Foreste e Forestazione della Regione Calabria, con nota n° 23513 del 22/05/09, riguardo alla richiesta di certificazione di esistenza di vincolo idrogeologico, ha dichiarato che "per movimenti di terreno per la realizzazione di un ospedale, la zona in esame non è soggetta al vincolo di cui al R.D. n° 3267/1923".

L'Autorità di Bacino Regionale della Regione Calabria, con propria nota n° 090001918 del



25/05/09, riguardo alla richiesta di certificazione di esistenza di vincolo P.A.I., ha dichiarato che *“l'area individuata non risulta essere interessata da perimetrazioni di rischio P.A.I. segnalando che la stessa è ubicata in sinistra idraulica del F. Corace e che il suo margine sudoccidentale risulterebbe ubicato a circa 150 mt dall'area di attenzione dello stesso F. Corace”*.

Nei mesi di maggio e giugno 2011 sono state eseguite delle campagne strumentali di analisi sito-specifiche presso il sito: rilievi topografici; rilievi geofisici e geognostici; analisi ambientali di qualità dei terreni; rilievi di traffico; rilievi acustici. Le attività svolte di rilievo ed indagine hanno evidenziato come l'area non presenti vincoli ostativi alla realizzazione delle opere e sia caratterizzata, invece, da alcuni aspetti di particolare positività, per la realizzazione del progetto:

- Regolare sviluppo morfologico sub - pianeggiante dell'area.
- Caratteristiche geologico-geotecniche ed idrogeologiche idonee.
- Favorevole posizionamento rispetto alle grandi vie di comunicazione. L'area di progetto rappresenta lo snodo tra la parte storica della Città di Catanzaro e la parte collegata alle grandi vie di comunicazione e di sviluppo: l'aeroporto, la stazione ferroviaria e l'autostrada. Inoltre l'area di Germaneto si presenta anche quale area di snodo tra la parte alta della Città e la parte a mare, inglobando tutte le aree urbane insistenti sulla SS 106.
- L'area risulta ben servita dalla rete viaria stradale e ferroviaria. Tale reti risultano inoltre oggetto di interventi di potenziamento nel breve periodo, come la Nuova Metropolitana di Catanzaro.

\*\*\*\*\*

Nell'ambito dello sviluppo della progettazione di fattibilità tecnico-economica dell'opera, verranno prese in considerazione anche ulteriori ipotesi localizzative, compatibili con la migliore funzionalità e integrazione delle attività tra il Nuovo Ospedale ed il presidio Mater Domini.

## **COSTI DI REALIZZAZIONE E TEMPI DI ESECUZIONE**

La metodologia di calcolo del costo di costruzione ha preso in considerazione:

- Le differenti funzioni sanitarie ospitate nel nuovo ospedale ed il loro peso dimensionale all'interno del modello sanitario di riferimento; ad ogni tipologia funzionale è stato applicato un costo parametrico a mq, desunto dall'analisi di passate esperienze analoghe, che tiene conto delle peculiarità e delle differenti complessità costruttive delle aree funzionali, separando il costo delle facciate, delle coperture, dei livelli parcheggi interrati (in questo caso coincidenti con il piano isolatori sismici) e del Polo Tecnologico; in particolare le aree funzionali sono state divise in:
  - TIPO A – Blocco Operatorio, Diagnostiche;
  - TIPO B – Endoscopia, Pronto Soccorso, etc.;
  - TIPO C – Degenze;
  - TIPO D – Uffici, etc.;
  - TIPO E – Connettivo e Spogliatoi;
  - TIPO F – Depositi, Archivi;
  - TIPO G – Parcheggio interrato.
- Le peculiarità dell'inserimento del modello sanitario all'interno dei vari siti di progetto:
  - Scavi;
  - Opere di contenimento del terreno (contenimenti del versante, muri controterra per realizzazione di parcheggi interrati, etc.);
  - Sistemazioni esterne (viabilità interna, area a verde, parcheggi a raso, etc.);
  - Opere ambientali legate all'orografia e composizione del terreno, o alla presenza di particolari condizioni al contorno.

Per completare il quadro economico di progetto, in aggiunta alle valutazioni fatte sul costo di costruzione sono stati valutati separatamente i capitoli di spesa previsti dall'art. 16 del d.p.r. 207/10, tra cui:

- Costo per arredi ed attrezzature elettromedicali;
- Risoluzioni delle interferenze;



- Costo di acquisizione delle aree che ha confrontato le particelle interessate con la pianificazione territoriale.

Si riporta nel seguito una tabella sintetica relativa al quadro economico presunto:

<b>Oneri concessionario</b>	
Lavori	€ 95.000.000,00
Sicurezza Lavori (3%)	€ 2.500.000,00
Parziale lavori	<b>€ 97.500.000,00</b>
Apparecchiature	€ 20.000.000,00
Arredi	€ 2.000.000,00
Sicurezza Forniture (2,00%)	€ 500.000,00
Parziale forniture	<b>€ 22.500.000,00</b>
Tot lavori+forniture	<b>€ 120.000.000,00</b>
Prog. fattibilità tecnico-economica	€ 1.500.000,00
Verifica prog. fattibilità tecnico-economica	€ 500.000,00
Prog. def-ese + d.l. + coll.	€ 16.000.000,00
Verifica prog. def-ese + supporto validazione	€ 1.000.000,00
Parziale spese tecniche	<b>€ 19.000.000,00</b>
Tot lavori+forniture+spese tecniche	<b>€ 139.000.000,00</b>
IVA lavori 10%	€ 9.750.000,00
CNPAIA+IVA spese tecniche 4% + 22%	€ 4.347.200,00
IVA forniture 22%	€ 4.950.000,00
Tot CNPAIA+IVA	<b>€ 19.047.200,00</b>
<b>Oneri concessionario</b>	<b>€ 158.047.200,00</b>
<b>Oneri concedente</b>	
Espropri	€ 2.000.000,00
Sottoservizi e allacciamenti	€ 1.500.000,00
Imprevisti	€ 3.197.800,00
Spese per attività staz. app.	€ 2.780.000,00
Indagini integrative	€ 500.000,00
Opere complementari	€ 1.000.000,00
Contenziosi	€ 975.000,00
<b>Oneri concedente</b>	<b>€ 11.952.800,00</b>
<b>Oneri concess+conced</b>	<b>€ 170.000.000,00</b>
Quota pubblica (49%)	€ 83.300.000,00
Quota privata (51%)	€ 86.700.000,00

Riguardo ai tempi di esecuzione, il tempo minimo è pari a 6 anni.

## LA CONVENZIONE REGIONE CALABRIA – AZIENDA OSPEDALIERA

In relazione alle caratteristiche e alla dimensione dell'intervento e secondo un modello già sperimentato per l'avvio delle procedure di realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza, l'Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio" e la Regione Calabria hanno concordato di pervenire alla stipula di una convenzione che consenta di sviluppare, nel rispetto dei rispettivi ambiti istituzionali, una strategia di cooperazione nell'attuazione delle azioni necessarie alla realizzazione e all'attivazione del Nuovo Presidio Ospedaliero di Catanzaro

Con la sottoscrizione della Convenzione, l'Azienda Ospedaliera e la Regione si impegnano a:



- perseguire una maggiore qualità ed efficacia dell'azione amministrativa, assicurando il necessario supporto tecnico-specialistico, grazie al know-how maturato dalle strutture regionali competenti nelle procedure tecnico-amministrative per la realizzazione di nuovi ospedali;
- valorizzare le professionalità esistenti all'interno dell'AOPC competenti in materia di edilizia sanitaria;
- condividere le buone prassi sviluppate e consolidate all'interno degli enti aderenti;

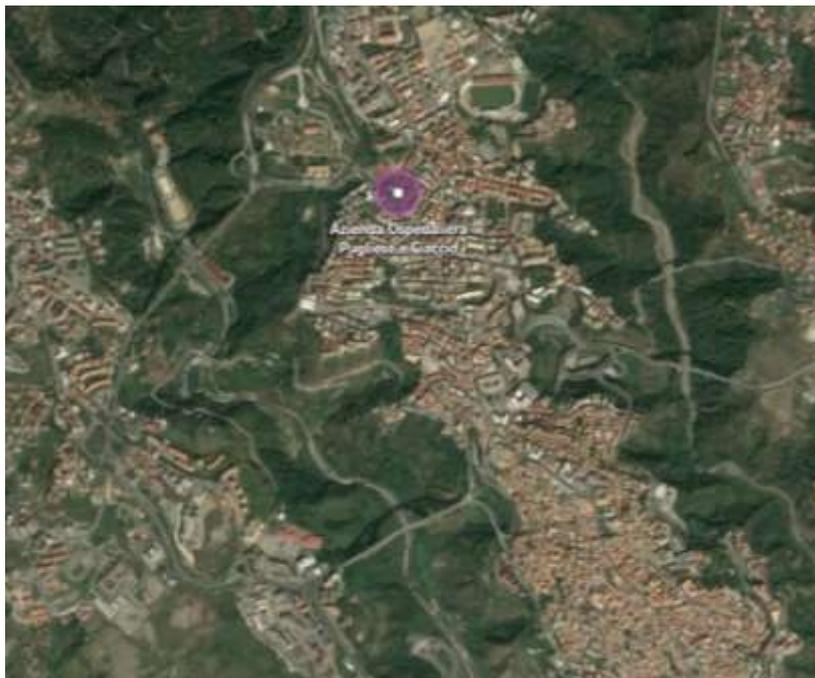
La Convenzione prevede la delega alla Regione Calabria allo svolgimento delle funzioni di "Stazione Appaltante" ed all'adozione degli atti relativi alla procedura di realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro; l'Azienda Ospedaliera si impegna a condividere gli atti tecnico-amministrativi, con particolare riferimento agli aspetti sanitari ed organizzativo-funzionali.

\*\*\*\*\*

**INTERVENTO N. 7 - ST2-CS7****ASP DI CATANZARO****REALIZZAZIONE DELLA CITTADELLA DELLA SALUTE DI CATANZARO**

Analogamente a quanto previsto per la città di Cosenza, anche per la città di Catanzaro, l'accorpamento tra l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", con la conseguente realizzazione di un nuovo Ospedale in un sito diverso da quello dove attualmente sorge il P.O. Pugliese, pone il problema del riutilizzo di quest'ultimo.

Anche in questo caso, infatti, si è preso in considerazione la possibilità di trasformare il P.O. Pugliese in una Cittadella della Salute. Una tale soluzione consentirebbe di scongiurare la creazione di un vuoto urbano significativo e di arginare il lento e progressivo svuotamento di questa parte di città, ma soprattutto consentirebbe di riorganizzare i servizi territoriali della città, attualmente sparsi in diverse sedi, in un unico luogo con conseguenti vantaggi in termini economici, organizzativi e di offerta sanitaria.



L'attuale dispersione degli uffici amministrativi dell'ASP di Catanzaro, infatti, oltre a

comportare la necessità di sostenere costi di locazione, determina difficoltà di relazioni operative tra le differenti strutture di staff amministrativo (U.O. Affari Generali e Legali - U.O. Gestione Risorse Umane - U.O. Provveditorato - U.O. Gestione Attività Tecniche - U.O. Gestione Risorse Economico Finanziarie) e tra queste ultime, tutte afferenti al Dipartimento amministrativo, e la Direzione Strategica Aziendale.

Concentrare fisicamente tutte le strutture del Dipartimento Amministrativo, in contiguità fra di esse ed in contiguità con gli uffici di direzione, rende evidentemente più agevole le dinamiche delle attività amministrative ed allo stesso tempo semplifica le relazioni esterne tra Azienda e stakeholders che interagiscono con l'amministrazione.

Da non trascurare, inoltre, la facilitazione ed i vantaggi che deriverebbero per lo stesso personale dipendente nei casi di interlocuzione con le richiamate strutture amministrative.

La rimodulazione organizzativa delle attività assistenziali di livello territoriale, introdotta nell'ambito della programmazione sanitaria di livello nazionale e regionale, sottende l'ineludibile principio della univocità del sistema di accesso.

Di fronte alle condizioni di cronicità e di disabilità ad esso correlate, ed ancor più in generale alle condizioni di fragilità, il cittadino troppo spesso si trova a dover ricomporre a proprio carico il mosaico disperso dei servizi.

Proprio per superare tale ostacolo e rendere, quindi, più equo e agevole l'accesso al complessivo sistema di cure, in ambito distrettuale sono stati attivati i Punti Unici di Accesso (PUA) che, nella fase del front, garantiscono l'unitarietà e l'univocità di accesso. Ben lungi dal rappresentare un banale ufficio informazioni, il PUA avvia il complicato processo di presa in carico dei bisogni assistenziali dei singoli pazienti, attivando la fase di back, grazie all'utilizzo di strumenti valutativi multidimensionali.

In esito a tale attività, si tende, quindi a personalizzare i processi di cura ed attivare tutti i servizi necessari per garantire i piani assistenziali definiti in sede di valutazione.



L'allocazione del PUA in contiguità con tutti i servizi territoriali rappresenta, quindi, la soluzione ideale in termini di accessibilità da parte dei cittadini, evitandosi così quella discontinuità allocativa che rappresenta uno dei più rilevanti problemi di accesso. Cionondimeno la contiguità tra PUA e servizi facilita, dalla prospettiva degli operatori, la continuità delle attività assistenziali ed il contributo che gli stessi servizi, di volta in volta, sono chiamati a fornire nelle specifiche attività di valutazione multidimensionale.

La richiamata fase di valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali, a prescindere dai professionisti che operano nel PUA, sin da subito ed a seconda dei singoli casi, coinvolge tutta una serie di professionisti che operano in servizi differenti (integrazione professionale ed organizzativa).

La contiguità di tutti i servizi, oltre a rappresentare un'enorme facilitazione di accesso da parte dei cittadini, diviene, come anticipato, al tempo stesso elemento catalizzatore per il realizzarsi di un'adeguata integrazione professionale ed organizzativa di tutte le anime (organizzative e professionali) che operano nell'ambito del distretto. L'attuale parcellizzazione strutturale del distretto, difatti, rappresenta uno degli ostacoli al realizzarsi di quei presupposti di integrazione (organizzativa e professionale) che garantiscono unitarietà ed univocità alle attività distrettuali.

Da quanto sin qui esposto appare ben chiara come la soluzione più idonea per garantire facilità ed equità d'accesso nonché migliore fruibilità delle prestazioni (semplici e/o complesse), sia rappresentata dalla deframmentazione fisica (allocativa) dei servizi. Al tempo stesso non può trascurarsi di sottolineare come la contiguità fisica di per se sola non sia sufficiente a garantire continuità ai processi di cura che sottendono condivisione, o meglio sarebbe dire integrazione, tra più professionisti appartenenti spesso a differenti monadi organizzative (unità operative).

La soluzione organizzativo - funzionale che consente di superare le autoreferenzialità professionali e gli individualismi organizzativi (agire per competenza) è rappresentata, nell'ambito delle attività territoriali, dalla realizzazione di una Cittadella della salute. Tale opzione fonda proprio sulla preliminare necessità di garantire integrazione professionale ed organizzativa attraverso la definizione condivisa di Percorsi Integrati di Cura (PIC) che possono trovare attuazione solo a condizione di garantire contiguità fisica tra i professionisti e tra le unità organizzative chiamati in causa.

La Cittadella della Salute, in altri termini, rappresenta la soluzione strutturale sotto il cui tetto possono trovare formalizzazione condivisa attività di cura organizzate secondo la logica processuale (unica soluzione per garantire la tanto abusata centralità del cittadino e, quindi, la concreta ratio del prendersi cura dei bisogni assistenziali che le persone esibiscono ). Il valore aggiunto che tale soluzione offre è peraltro rappresentato dalla necessità che a detta integrazione, strutturata fisicamente ed organizzativamente, partecipi il medico di medicina generale, in virtù delle nuove forme associative della medicina generale (UCCP - AFT) già regolamentate dalla Regione Calabria con l'approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR). A ciò si aggiunga l'ulteriore opportunità di riavvicinare, fisicamente ed organizzativamente, anche i servizi afferenti alla prevenzione (Dipartimento di Prevenzione) ed alla salute mentale (Dipartimento Salute Mentale).

## **DIMENSIONAMENTO E SERVIZI**

Lo schema che segue dettaglia gli spazi necessari per garantire il complessivo processo riallocativo delle strutture afferenti all'ASP di Catanzaro, all'interno della Cittadella della Salute.

<b>ATTIVITA'</b>	<b>SUPERFICIE</b>
Uffici direzionali	6.000 mq
Staff	
Uffici Amministrativi	
Dipartimento Prevenzione	4.000 mq
Dipartimento Salute Mentale	2.000 mq
Distretto	8.000 mq
Casa della Salute	
<b>Totale</b>	<b>20.000 mq</b>

**COSTI DI COSTRUZIONE E TEMPI DI REALIZZAZIONE**

I costi stimati per la realizzazione della Cittadella della salute di Catanzaro come si evince dal quadro economico di seguito riportato, ammontano a € 40.000.000.

QUADRO ECONOMICO Cittadella della Salute	
<b>Lavori - Forniture - Servizi</b>	
Lavori	€ 23.000.000,00
Sicurezza Lavori (3%)	€ 750.000,00
Parziale lavori	<b>€ 23.750.000,00</b>
Apparecchiature	€ 4.500.000,00
Arredi	€ 500.000,00
Sicurezza Forniture (2,00%)	€ 100.000,00
Parziale forniture	<b>€ 5.100.000,00</b>
Tot lavori+forniture	<b>€ 28.850.000,00</b>
Prog. fattibilità tecnico-economica	€ 360.000,00
Verifica prog. fattibilità tecnico-economica	€ 120.000,00
Prog. def-ese + d.l. + coll.	€ 3.750.000,00
Verifica prog. def-ese + supporto validazione	€ 270.000,00
Parziale spese tecniche	<b>€ 4.500.000,00</b>
Tot lavori+forniture+spese tecniche	<b>€ 33.350.000,00</b>
IVA lavori 10%	€ 2.375.000,00
CNPAIA+IVA spese tecniche 4% + 22%	€ 1.029.600,00
IVA forniture 22%	€ 1.122.000,00
Tot CNPAIA+IVA	<b>€ 4.526.600,00</b>
<b>Totale Lavori - Forniture - Servizi</b>	<b>€ 37.876.600,00</b>
<b>Somme a disposizione</b>	
Espropri	€ -
Sottoservizi e allacciamenti	€ 500.000,00
Imprevisti	€ 478.900,00
Spese per attività staz. app.	€ 667.000,00
Indagini integrative	€ 100.000,00
Opere complementari	€ 140.000,00
Contenziosi	€ 237.500,00
<b>Totale Somme a disposizione</b>	<b>€ 2.123.400,00</b>
<b>Totale generale</b>	<b>€ 40.000.000,00</b>

Riguardo ai tempi di esecuzione, il tempo minimo è pari a 3 anni.

\*\*\*\*\*



**INTERVENTO N. 8 - ST2-AD8**

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI CATANZARO**

**ADEGUAMENTO FUNZIONALE ED IMPIANTISTICO PLESSO MATER DOMINI**

**PREMESSE**

Nell'ambito del complessivo ridisegno dell'offerta sanitaria della città di Catanzaro e per come già descritto nelle premesse di carattere generale dell'Intervento n. 7 "Concessione di realizzazione e gestione del nuovo Ospedale di Catanzaro", nel presidio sanitario "Mater Domini" verranno trasferite tutte le degenze a media intensità di cura, compreso il blocco materno - infantile, eseguendo i connessi interventi di adeguamento funzionale, sanitario e tecnologico sul plesso esistente.

La Città si contraddistingue per essere in una fase di sviluppo tipicamente policentrica con una importante perdita di funzioni all'interno del centro storico originario ed uno sviluppo poco ordinato, principalmente verso l'area della Marina e verso l'area destinata a servizi e attività produttive di Germaneto.

L'insistenza di due Aziende Ospedaliere ha, da sempre, impedito uno sviluppo sanitario coordinato finalizzato all'ottimizzazione delle risorse ed alla riduzione dei costi gestione. Il dibattito circa la risoluzione delle problematiche sopra evidenziate è in atto da circa un decennio senza essere giunto, fino ad ora, ad una soluzione condivisa ed opportuna. La proposta del Commissario ad acta di seguito descritta, ampiamente discussa nei diversi incontri tenutesi oltre che nelle riunioni tecniche di Comitati appositamente istituiti, sembra portare ad un percorso univoco che racchiuda in se le esigenze della Città e, in particolare, la necessità di fornire una buona sanità ai livelli degni di una Città capoluogo di regione, sia in termini organizzativi che strutturali e tecnologici.

Il complesso edilizio Campus di Germaneto dell'UMG di Catanzaro è una struttura ospedaliera/universitaria relativamente nuova, non completamente utilizzata, nella quale appare razionale ed efficiente poter implementare ulteriori attività ospedaliere, realizzando gli opportuni ampliamenti.

Il potenziamento della struttura consentirà l'espletamento delle attività assistenziali da svolgere nel plesso esistente, integrandosi completamente con le attività di didattica e di ricerca ospitate all'interno del campus universitario.

**ANALISI DLLO STATO DI FATTO**

Il complesso edilizio Campus di Germaneto dell'UMG di Catanzaro si trova a pochi chilometri dal centro abitato della Città di Catanzaro e dal quartiere marinaro – quartiere a forte espansione - in un'area di sviluppo per attività di servizi e per insediamenti produttivi.

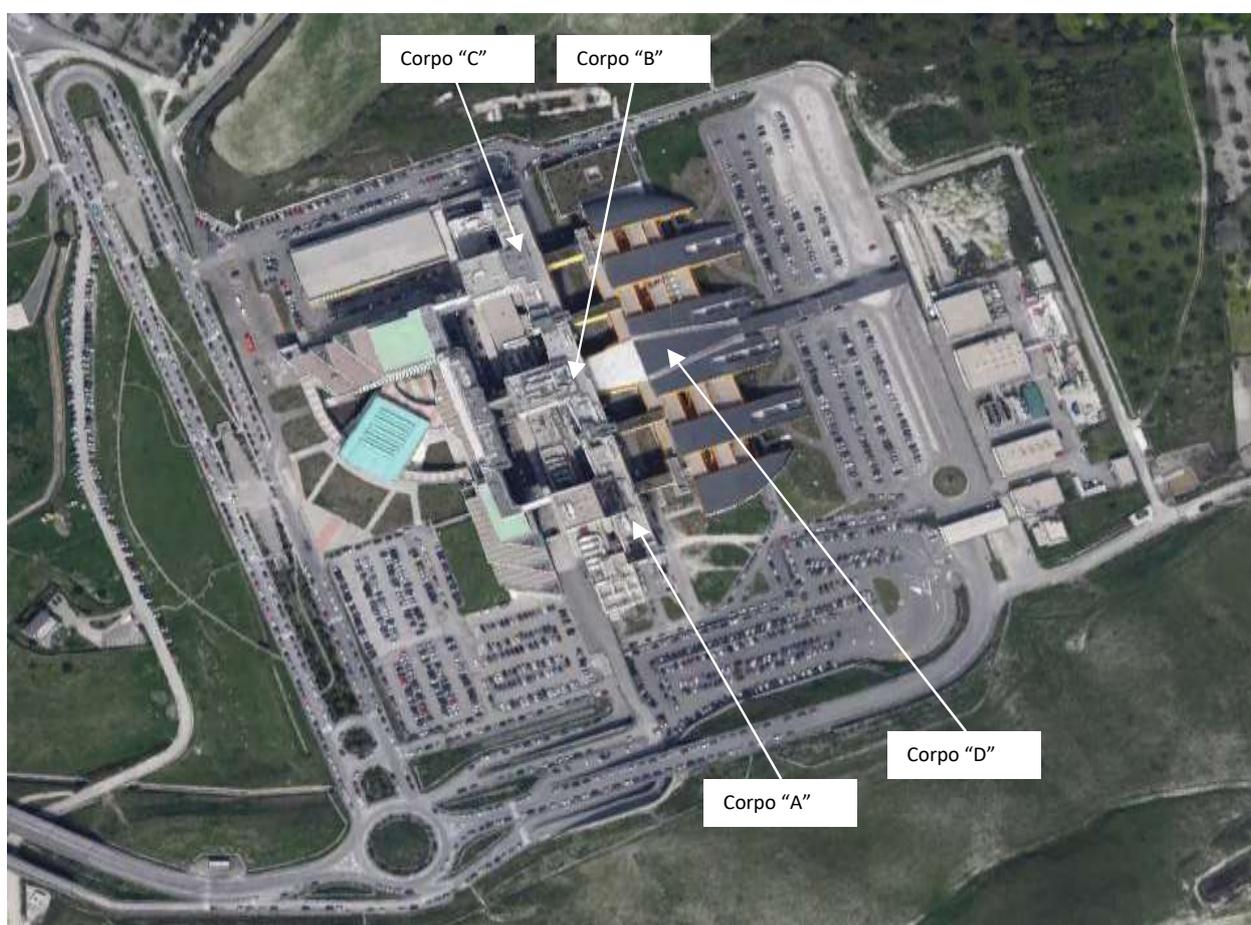




L'area di Germaneto rappresenta dunque lo snodo tra la parte vecchia della Città di Catanzaro, arroccata su tre colli, e la parte collegata alle grandi vie di comunicazione e di sviluppo: l'aeroporto, la stazione ferroviaria e l'autostrada.

La realizzazione della nuova stazione delle Ferrovie della Calabria nell'ambito della realizzanda metropolitana di superficie (Il pendolo) che metterà in stretta connessione fisica proprio il centro abitato con l'area di Germaneto, la nuova stazione ferroviaria delle FF.SS., la bretella di snodo della vecchia SS 106 per il collegamento veloce della stessa SS 106 con la SS 280 "Dei due mari" e con le grandi vie di comunicazione, oltre che un miglioramento viario generale e l'edificio della Cittadella Regionale sede del Governo Regionale da pochi mesi entrato in funzione individuano quest'area quale punto nodale di servizi e infrastrutture e nuovo polo centrale di tutta la Città di Catanzaro.

Il nuovo complesso ospedaliero ne beneficerà in termini di possibilità di sviluppo e ampliamento, di facilità delle vie di comunicazione a vantaggio di pazienti, operatori, fornitori, studenti e quanti altri, a qualsiasi titolo, dovessero recarsi presso la sede del complesso edilizio.



Il complesso si contraddistingue per una parte prettamente dedicata alla didattica ed alle attività amministrative ed una parte completamente dedicata alle attività dell'assistenza.

Queste ultime, realizzate su più blocchi nel corso del tempo, vengono individuate quali corpi di fabbrica "A", "B", "C", e "D". I corpi di fabbrica "A" e "B" di 11 livelli di piano e "C" di 10 livelli di piano rappresentano i corpi di fabbrica per l'assistenza ospedaliera vera e propria ovvero l'area clinica e di degenza mentre il corpo "D" di quattro livelli di piano è stato realizzato quale ospedale di giorno con l'inserimento di tutte le attività di DH e DS oltre a servizi di accoglienza, Hospital street, CUP, area commerciale, ecc.

L'accesso all'area ospedaliera nel suo complesso è stata pensata e realizzata dal corpo "D" così da rendere i percorsi all'interno del complesso ospedaliero sempre più protetti mano a mano che si procede al suo interno.



Il complesso è stato pensato inoltre prevedendo tutte le attività “High core” inserite all’interno dei corpi di fabbrica “A”, “B” e “C” e disposte sui primi tre livelli di piano ed ospitano attività di pronto soccorso, di diagnostica per immagini, il blocco operatorio, le rianimazioni la cardiocirurgia, ecc. come meglio specificato nel dettaglio nei paragrafi seguenti.

Le attività di degenza ordinaria sono invece ubicate dal livello quattro al livello 11 dei tre corpi di fabbrica principali individuando, all’interno dei percorsi verticali, una sorta di diversi livelli di intensità di cura.

Attualmente la capacità ricettiva del complesso ospedaliero all’interno del campus è di circa 400 posti letto. L’attuale piano di riparto dei posti letto tra le Aziende ed i plessi esistenti, stabilito dal DCA 64/2016 è il seguente.

POSTI LETTO					
	<i>Day hospital</i>	<i>Day surgery</i>	<i>Degenza ordinaria</i>	<i>Totale PL</i>	<i>Pl. Tecnici</i>
<b>P.O. Mater Domini</b>	22	19	227	<b>268</b>	0

### PRINCIPALI ASPETTI NORMATIVI

Le principali premesse normative necessarie per indirizzare la progettazione del presidio Mater Domini sono così individuabili:

- 1) Decreto n. 70 del 02/04/2015 del Ministero della Salute: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- 2) Decreto del Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria n. 9 del 2 aprile 2015, recante: “Approvazione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell’emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti”;
- 1) Decreto del Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria n. 30 del 3 marzo 2016, recante: - P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali: Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale a quanto previsto dall’articolo 1, comma 2, del Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera" - modifiche e integrazioni al DCA n. 9 del 2 Aprile 2015 e s.m.i.;
- 2) Decreto del Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria n. 64 del 5 luglio 2016, recante: - P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016).

Il citato Decreto 9/2015 inoltre fa espressamente riferimento, ridisegnandole, alle reti a supporto così definite:

- Rete SCA – Sindrome Coronarica Acuta
- Rete Stroke
- Rete Politrauma
- Rete per il trasporto neonatale

Ulteriori aspetti normativi cui fare riferimento sono rappresentati da:

- Legge regionale n. 24 del 18 luglio 2008 - Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private;
- Regolamento Regionale n. 13 del 1 settembre 2009 per l’Accreditamento nel Servizio Sanitario Regionale – sezione 8.17;
- Regolamento Regionale n. 133/99 – “Accreditamento delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti e delle strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo



continuativo e/o diurno. Approvazione requisiti e procedure”;

- DPR 14 gennaio 97: Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- Linee guida ISPESL per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all’igiene del lavoro;
- Conferenze Stato/Regioni unificate (varie).

### CRITERI DI INTERVENTO

Si prevede l’ampliamento delle attività ospedaliere all’interno del complesso edilizio Campus di Germaneto dell’UMG di Catanzaro.

Per arrivare a pressoché saturare l’attuale ricettività di 400 posti letto complessivi. Il progetto, nel suo complesso, è suddiviso in diverse fasi temporali così descritte:

- **FASE 1** – Adeguamento dei locali siti al livello 3 del corpo “D” per ospitare le attività di Ostetricia/Ginecologia e Patologia Neonatale con T.I.N;
- **FASE 2** – Adeguamento dei locali da adibire a Pronto Soccorso siti al livello 0 del corpo “A”, compresa realizzazione nuova camera calda, con particolare attenzione ai percorsi dedicati: percorso di pronto soccorso generale, percorso di pronto soccorso pediatrico;
- **FASE 3** – Adeguamento dei locali siti ai livelli dal 3 al 10 del corpo “C” per ospitare le ulteriori attività di media intensità di cura previste dalla programmazione regionale.

A completamento della FASE 1 è previsto il trasferimento di tutto il Dipartimento Materno Infantile dall’attuale P.O. Pugliese presso la sede del complesso edilizio Campus di Germaneto dell’UMG di Catanzaro, compreso le UU.OO. di Pediatria, Chirurgia Pediatrica, O.B.I. Pediatrica prevedendo la predisposizione e l’attivazione, laddove non presenti, di tutti i servizi prescritti da leggi e regolamenti in vigore.

A completamento della FASE 2 è previsto l’allestimento e la messa a regime delle funzioni sanitarie relative al nuovo pronto soccorso.

A completamento della FASE 3 è previsto il trasferimento presso la sede del complesso edilizio Campus di Germaneto dell’UMG di Catanzaro, delle ulteriori attività di media intensità di cura previste dalla programmazione regionale.

### DIMENSIONAMENTO E POSTI LETTO

Nell’ambito di un complessivo progetto di riorganizzazione dell’offerta sanitaria nella città di Catanzaro, di concerto con il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro, si è valutata l’allocazione nella struttura del complesso edilizio Campus di Germaneto dell’UMG di Catanzaro delle funzioni sanitarie esplicitate nella tabella seguente, con la distinta dei posti letto attribuiti.



Presidio originario	AREA	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Day hospital DCA 64/2016	Day surgery DCA 64/2016	Degenza Ordinaria DCA 64/2016	Tot. Posti DCA 64/2016	Denominazione struttura	HSP DI 2018	HSP DS 2018	HSP DO 2018	HSP Tot. PL 2018
Mater Domini	CHIRURGICA	7	CARDIOCHIRURGIA	-	-	14	14	Mater Domini	-	-	20	20
		<b>7 Totale</b>		-	-	14	14		-	-	20	20
Pugliese	CHIRURGICA	9	CHIRURGIA GENERALE (di elezione)	-	2	18	20	Mater Domini	-	4	35	35
Pugliese	CHIRURGICA	9	CHIRURGIA GENERALE (senologica)	-	-	5	5		-	-	-	-
Mater Domini	CHIRURGICA	9	CHIRURGIA GENERALE	-	2	14	16		-	-	-	-
Mater Domini	CHIRURGICA	9	CHIRURGIA GENERALE (app. digerente)	-	2	6	8	Mater Domini	-	-	-	-
Mater Domini	CHIRURGICA	9	CHIRURGIA GENERALE (endocrinoch.)	-	-	6	6		-	-	-	-
		<b>9 Totale</b>		-	6	49	55		-	4	35	35
Mater Domini	CHIRURGICA	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	-	2	6	8	Mater Domini	-	2	14	16
		<b>10 Totale</b>		-	2	6	8		-	2	14	16
Pugliese	CHIRURGICA	12	CHIRURGIA PLASTICA	-	2	8	10	Mater Domini	-	2	10	12
Mater Domini	CHIRURGICA	12	CHIRURGIA PLASTICA	-	2	6	8		-	-	-	-
		<b>12 Totale</b>		-	4	14	18		-	2	10	12
Pugliese	CHIRURGICA	34	OCULISTICA	-	4	6	10	Mater Domini	-	4	8	12
Mater Domini	CHIRURGICA	34	OCULISTICA	-	4	4	8		-	-	-	-
		<b>34 Totale</b>		-	8	10	18		-	4	8	12
Pugliese	CHIRURGICA	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
Pugliese	CHIRURGICA	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA (chirurg. orale)	-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	CHIRURGICA	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	-	-	-	-		-	-	-	-
		<b>35 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-	1	7	8	Mater Domini	-	1	9	10
		<b>36 Totale</b>		-	1	7	8		-	1	9	10
Mater Domini	CHIRURGICA	38	OTORINOLARINGOIATRIA	-	-	-	-		-	-	-	-
		<b>38 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	CHIRURGICA	98	DAY SURGERY	-	15	-	15	Mater Domini	-	-	-	-
		<b>98 Totale</b>		-	15	-	15		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	27	MEDICINA LEGALE	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		<b>27 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	55	FARMACOLOGIA CLINICA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		<b>55 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	61	MEDICINA NUCLEARE	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	61	MEDICINA NUCLEARE	-	-	-	-		-	-	-	-
		<b>61 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	69	RADIOLOGIA (d'elezione)	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		<b>69 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE (bioch. clinica)	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE (patolog. clinica)	-	-	-	-		-	-	-	-
		<b>100 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	105	GENETICA MEDICA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		<b>105 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini		121	COMPARTI OPERATORI	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		<b>121 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	125	NUTRIZIONE CLINICA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		<b>125 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	199	IGIENE OSPEDALIERA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		<b>199 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	DS	DIREZIONE MEDICA P.O.	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		<b>DS Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	F	FARMACIA OSPEDALIERA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		<b>F Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	FS	FISICA SANITARIA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		<b>FS Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	EMERGENZA	49	TERAPIA INTENSIVA	-	-	14	14	Mater Domini	-	-	14	14
		<b>49 Totale</b>		-	-	14	14		-	-	14	14
Mater Domini	EMERGENZA	50	UNITA` CORONARICA	-	-	12	12	Mater Domini	-	-	12	12
		<b>50 Totale</b>		-	-	12	12		-	-	12	12
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	-	2	8	10	Mater Domini	-	2	8	10
		<b>11 Totale</b>		-	2	8	10		-	2	8	10



Presidio originario	AREA	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Day hospital DCA 64/2016	Day surgery DCA 64/2016	Degenza Ordinaria DCA 64/2016	Tot. Posti DCA 64/2016	Denominazione struttura	HSP DH 2018	HSP DS 2018	HSP DO 2018	HSP Tot. PL 2018	
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	31	NIDO	-	-	20	20	Mater Domini	-	-	20	20	
		<b>31 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-	
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA	-	2	18	20	Mater Domini	2	-	38	40	
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA (centro IVG)	-	-	-	-		-	-	-	-	-
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA (Mater Domini)	-	2	18	20		-	-	-	-	-
		<b>37 Totale</b>		-	4	36	40		2	-	38	40	
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	39	PEDIATRIA	3	-	13	16	Mater Domini	3	-	17	20	
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	39	PEDIATRIA (Mater Domini)	-	-	-	-		-	-	-	-	-
		<b>39 Totale</b>		3	-	13	16		3	-	17	20	
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	62	NEONATOLOGIA	-	-	15	15	Mater Domini	2	-	13	15	
		<b>62 Totale</b>		-	-	15	15		2	-	13	15	
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-	-	10	10	Mater Domini	-	-	12	12	
		<b>73 Totale</b>		-	-	10	10		-	-	12	12	
Mater Domini	MEDICA	8	CARDIOLOGIA (riabilitativa)	2	-	-	2	Mater Domini	-	-	12	12	
Mater Domini	MEDICA	8	CARDIOLOGIA	-	-	-	-		-	-	-	-	
Mater Domini	MEDICA	8	CARDIOLOGIA (con emodinamica)	2	-	18	20	Mater Domini	1	-	19	20	
Mater Domini	MEDICA	8	CARDIOLOGIA (unità scompenso cardiaco)	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-	
		<b>8 Totale</b>		4	-	18	22		1	-	31	32	
Pugliese	MEDICA	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	-	-	-	-	Mater Domini	2	-	8	10	
Mater Domini	MEDICA	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	1	-	7	8		-	-	-	-	-
Mater Domini	MEDICA	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ (endocrinol.)	2	-	-	2		-	-	-	-	-
		<b>19 Totale</b>		3	-	7	10		2	-	8	10	
Pugliese	MEDICA	21	GERIATRIA	2	-	28	30	Mater Domini	2	-	28	30	
Mater Domini	MEDICA	21	GERIATRIA	2	-	8	10		-	-	-	-	-
		<b>21 Totale</b>		4	-	36	40		2	-	28	30	
Mater Domini	MEDICA	26	MEDICINA GENERALE	2	-	10	12	Mater Domini	2	-	18	20	
		<b>26 Totale</b>		2	-	10	12		2	-	18	20	
Mater Domini	MEDICA	29	NEFROLOGIA	-	-	8	8	Mater Domini	-	-	-	-	
		<b>29 Totale</b>		-	-	8	8		-	-	-	-	
Mater Domini	MEDICA	32	NEUROLOGIA	2	-	14	16	Mater Domini	2	-	14	16	
		<b>32 Totale</b>		2	-	14	16		2	-	14	16	
Mater Domini	MEDICA	40	PSICHIATRIA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-	
		<b>40 Totale</b>		-	-	-	-		-	-	-	-	
Pugliese	MEDICA	52	DERMATOLOGIA	-	-	10	10	Mater Domini	2	-	8	10	
Mater Domini	MEDICA	52	DERMATOLOGIA	-	-	-	-		-	-	-	-	-
		<b>52 Totale</b>		-	-	10	10		2	-	8	10	
Pugliese	MEDICA	54	EMODIALISI	-	-	15	15	Mater Domini	15	-	-	15	
		<b>54 Totale</b>		-	-	-	-		15	-	-	15	
Mater Domini	MEDICA	58	GASTROENTEROLOGIA (epatologia)	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-	
Mater Domini	MEDICA	58	GASTROENTEROLOGIA (endoscop. oper.)	-	-	8	8		2	-	8	10	
Mater Domini	MEDICA	58	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	2	-	8	10		-	-	-	-	
		<b>58 Totale</b>		2	-	16	18		2	-	8	10	
Pugliese	MEDICA	97	DETENUTI	-	-	2	2	Mater Domini	-	-	4	4	
		<b>97 Totale</b>		-	-	2	2		-	-	4	4	
Pugliese	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	-	-	-	-		-	-	-	-	
Mater Domini	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	-	-	8	8	Mater Domini	8	-	-	8	
		<b>56 Totale</b>		-	-	8	8		8	-	-	8	
		<b>Totale Pugliese - Mater Domini</b>		<b>20</b>	<b>42</b>	<b>372</b>	<b>434</b>	<b>Tot. Mater Domini</b>	<b>45</b>	<b>15</b>	<b>387</b>	<b>443</b>	

### COSTI DI REALIZZAZIONE E TEMPI DI ESECUZIONE

La metodologia di calcolo del costo di costruzione ha preso in considerazione:

- Le differenti funzioni sanitarie ospitate nel nuovo ospedale ed il loro peso dimensionale all'interno del modello sanitario di riferimento; ad ogni tipologia funzionale è stato applicato un costo parametrico a mq, desunto dall'analisi di passate esperienze analoghe, che tiene conto delle peculiarità e delle differenti complessità costruttive delle aree funzionali, separando il costo delle facciate, delle coperture, dei livelli parcheggi interrati (in questo caso coincidenti con il piano isolatori sismici) e del Polo Tecnologico; in particolare le aree funzionali sono state divise in:
  - TIPO A – Blocco Operatorio, Diagnostiche;
  - TIPO B – Endoscopia, Pronto Soccorso, etc.;
  - TIPO C – Degenze;
  - TIPO E – Connettivo e Spogliatoi;
- Le peculiarità dell'inserimento del modello sanitario all'interno dei vari siti di progetto:
  - Demolizioni interne;



- Opere di edili;
- Impianti elettrici e meccanici;

Per completare il quadro economico di progetto, in aggiunta alle valutazioni fatte sul costo di costruzione sono stati valutati separatamente i capitoli di spesa previsti dall'art. 16 del d.p.r. 207/10.

Si riporta nel seguito una tabella sintetica relativa al quadro economico presunto:

QUADRO ECONOMICO Adeguamento Mater Domini	
<b>Lavori - Forniture - Servizi</b>	
Lavori	€ 13.500.000,00
Sicurezza Lavori (3%)	€ 500.000,00
Parziale lavori	<b>€ 14.000.000,00</b>
Apparecchiature	€ 3.500.000,00
Arredi	€ 400.000,00
Sicurezza Forniture (2,00%)	€ 100.000,00
Parziale forniture	<b>€ 4.000.000,00</b>
Tot lavori+forniture	<b>€ 18.000.000,00</b>
Prog. fattibilità tecnico-economica	€ -
Verifica prog. fattibilità tecnico-economica	€ -
Prog. def-ese + d.l. + coll.	€ 2.100.000,00
Verifica prog. def-ese + supporto validazione	€ 750.000,00
Parziale spese tecniche	<b>€ 2.850.000,00</b>
Tot lavori+forniture+spese tecniche	<b>€ 20.850.000,00</b>
IVA lavori 10%	€ 1.400.000,00
CNPAIA+IVA spese tecniche 4% + 22%	€ 652.080,00
IVA forniture 22%	€ 880.000,00
Tot CNPAIA+IVA	<b>€ 2.932.080,00</b>
<b>Totale Lavori - Forniture - Servizi</b>	<b>€ 23.782.080,00</b>
<b>Somme a disposizione</b>	
Espropri	€ -
Sottoservizi e allacciamenti	€ -
Imprevisti	€ 510.920,00
Spese per attività staz. app.	€ 417.000,00
Indagini integrative	€ 150.000,00
Opere complementari	€ -
Contenziosi	€ 140.000,00
<b>Totale Somme a disposizione</b>	<b>€ 1.217.920,00</b>
<b>Totale generale</b>	<b>€ 25.000.000,00</b>

Riguardo ai tempi di esecuzione, il tempo minimo è pari a 2 anni.

\*\*\*\*\*



***INTERVENTI TERZO STRALCIO  
PROGRAMMAZIONE REGIONALE***



## INTERVENTO N. 9 - ST3-NO9

## AZIENDA OSPEDALIERA BIANCHI-MELACRINO-MORELLI DI REGGIO CALABRIA

## AMPLIAMENTO NUOVO OSPEDALE MORELLI DI REGGIO CALABRIA

L'Azienda Ospedaliera "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria ha partecipato con il progetto denominato "Ampliamento Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria", alla manifestazione di interesse per l'effettuazione di iniziative di elevata utilità sociale valutabili nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'INAIL (articolo 1, comma 317, della legge 23 dicembre 2014, n. 190). Tale iniziativa, il cui importo ammonta a € 180.000.000,00, è stata ritenuta valutabile con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/12/2015.

Il presente intervento, pertanto, pur non essendo finanziato nell'ambito del presente Accordo viene comunque di seguito descritto in quanto la sua realizzazione risulta di fondamentale importanza per il raggiungimento degli obiettivi generali del presente Programma.

L'Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria si compone dei presidi ospedalieri *Riuniti* e *Morelli* situati entrambi all'interno della città.



Attualmente la maggior parte delle attività sanitarie (Pronto soccorso, terapie intensive, sale operatorie, laboratori, diagnostica di immagine ecc..) sono dislocate nell'Ospedale Riuniti il cui complesso edilizio, costituito da edifici costruiti tra il 1920 e il 1980, manifesta gravi criticità per la cui soluzione si rendono necessari importanti e costosi interventi di ristrutturazione e di adeguamento alle vigenti normative sanitarie, sismiche, tecnologiche ecc., che tuttavia non consentirebbero comunque il raggiungimento di livelli di messa a norma e di funzionalità adeguati alle complesse attività ospedaliere richieste.

Si è ritenuto quindi di dover programmare il definitivo ampliamento dell'Ospedale Morelli nelle aree limitrofe a quelle in cui è stato realizzato, di recente, il nuovo plesso e la conseguente dismissione del presidio "Ospedale Riuniti".

L'Ospedale Morelli, infatti, è stato completamente ricostruito a partire dagli anni 2000 e pertanto presenta un organismo edilizio moderno e conforme al quadro normativo vigente.

Il progetto originario prevede cinque corpi di fabbrica con relativi corpi di collegamento. Con un primo intervento sono stati realizzati (ed entrati in funzione a partire dal 2005) tre dei cinque corpi di fabbrica con relativi corpi di collegamento, centrali tecnologiche ed edifici di servizio. Attualmente è in corso di esecuzione un secondo intervento che prevede la realizzazione di ulteriori due edifici (Blocco



Mare "a" e Blocco Centrale "b") destinati ad attività sanitaria (intervento quest'ultimo finanziato con i fondi art. 20 della L. 67/88 nell'ambito del *Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica*).

La configurazione dell'Ospedale Morelli, a conclusione del secondo intervento, sarà pertanto la seguente:



La necessità di ampliare l'attuale Ospedale Morelli di Reggio Calabria, nasce quindi dall'impossibilità, nonostante i numerosi interventi di ristrutturazione e messa a norma già effettuati, di adeguare il presidio Riuniti alle sempre più crescenti esigenze di carattere sanitario, organizzativo, strutturale, impiantistico, tecnologico, normativo e gestionale.

La Regione Calabria, in virtù della convenzione sottoscritta con il l'AO di Reggio Calabria, curerà le procedure relative alle attività di indagine, progettazione e verifica dell'intervento fino all'approvazione del progetto esecutivo prevista per la fine del 2019. La fase di esecuzione dell'intervento sarà invece di competenza dell'INAIL.

Tale intervento, che prevede la realizzazione di nuovi corpi di fabbrica nelle aree adiacenti al sito dove attualmente è allocato il presidio Morelli, consentirà di concentrare tutte le attività sanitarie in un'unica area, vicina al centro della città e ben collegata con le arterie autostradali, ottimizzando al massimo le risposte di salute per i cittadini.

L'intervento consentirà il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- miglioramento delle condizioni di accessibilità all'area ed alla struttura sanitaria;
- riassetto complessivo dei percorsi interni;
- riorganizzazione funzionale della struttura sanitaria;
- realizzazione di una struttura conforme alle norme sismiche, e impiantistiche;
- miglioramento dei livelli di comfort;
- revisione, riorganizzazione ed adeguamento normativo del sistema degli impianti tecnologici della struttura;
- razionalizzazione delle attività e della loro distribuzione funzionale;
- realizzazione di un adeguato parcheggio;
- realizzazione elisoccorso.

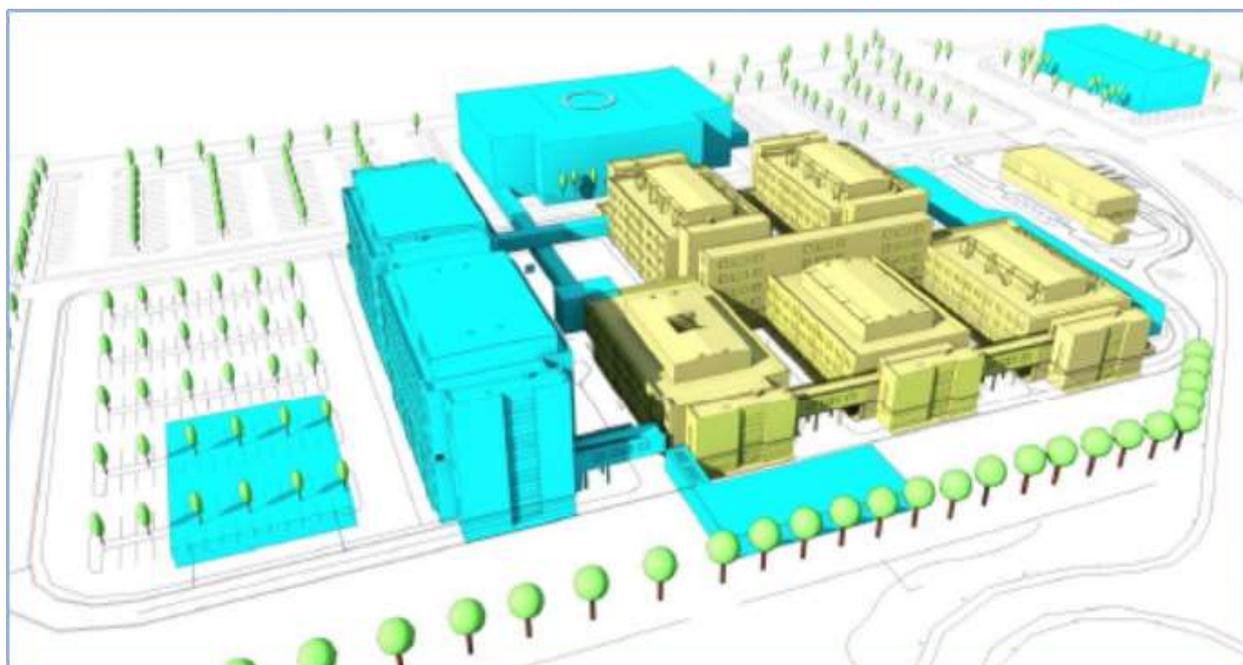
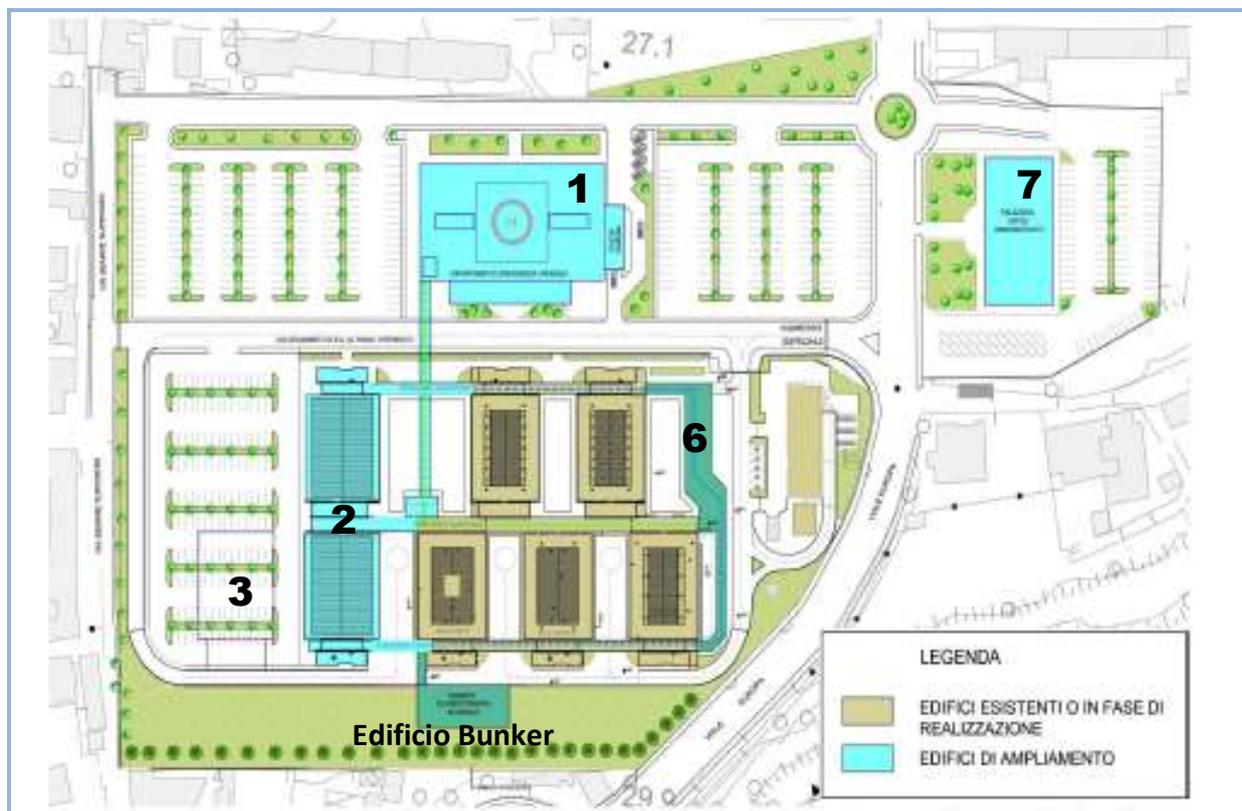
Più in dettaglio il progetto di ampliamento prevede la realizzazione dei seguenti edifici:



<b>EDIFICIO 1</b>	
Denominato piastra sanitaria, si sviluppa su complessivi 4 livelli fuori terra ed 1 livello interrato destinato alle attività emergenza-urgenza (pronto soccorso, terapie intensive, radiodiagnostica di immagine, sale operatorie). L'edificio verrà connesso ai restanti edifici mediante 2 corpi di collegamento di cui 1 previsto a livello interrato ed 1 a livello del piano 1°. Sulla copertura di detto edificio verrà realizzata una elisuperficie direttamente collegata ai reparti di urgenza (pronto soccorso-sale operatorie ecc.).	Ipotesi minima: <b>Superficie totale stimata mq 16.000</b> Piano Locali tecnici e interrato radiodiagnostica d'immagine, spogliatoi Piano terra Pronto soccorso, camera calda, O.B.I e ambulatori Piano primo Terapia intensiva Piano Cardiochirurgia emodinamica secondo e UTIC Piano terzo Reparto operatorio
<b>EDIFICIO 2</b>	
Si sviluppa su complessivi 7 livelli di cui 1 interrato e 6 fuori terra. Destinato ad attività ambulatoriale, riabilitazione e degenza direttamente è interconnesso agli edifici esistenti mediante il prolungamento dei corpi di collegamenti longitudinali.	Ipotesi minima: <b>Superficie totale stimata mq 19.300</b> Piano Locali tecnici, magazzini e interrato riabilitazione Piano terra Area ambulatori e day hospital Piano primo Area ambulatori e day hospital Piano Degenza (60 p.l.) secondo Piano terzo Degenza (60 p.l.) Piano Degenza (60 p.l.) quarto Piano Degenza (60 p.l.) quinto Piano sesto Locali tecnici
<b>EDIFICIO 3</b>	
Costituito da un unico livello interrato è destinato a centrale tecnologica e cucina.	Ipotesi minima: <b>Superficie totale stimata mq 1.000</b> Piano Centrale tecnologica + cucina interrato
<b>EDIFICIO 6</b>	
Denominato ingresso principale, si sviluppa su 2 piani di cui uno interrato. Oltre a ospitare l'ingresso principale dell'ospedale, interconnette tra loro i 3 corpi di collegamento longitudinale al servizio degli edifici destinati ad attività ambulatoriale e degenza.	Ipotesi minima: <b>Superficie totale stimata mq 1.900</b> Edifici di collegamento
<b>EDIFICIO 7</b>	
Si sviluppa su 4 livelli di cui 1 interrato ed 3 fuori terra ed è destinato ad ospitare gli uffici amministrativi dell'Azienda.	Ipotesi minima: <b>Superficie totale stimata mq 3.800</b> Piano interrato Locali tecnici/archivi Piano terra Uffici Piano primo uffici Piano secondo Uffici
<b>EDIFICIO BUNKER</b>	
Costituito un unico livello completamente interrato nel quale è prevista la realizzazione di 2 bunker al servizio dell'adiacente unità di radioterapia.	Ipotesi minima: <b>Superficie totale stimata mq 440</b>



A conclusione dell'intervento di ampliamento la configurazione del nuovo Ospedale Morelli sarà la seguente:



Il nuovo Ospedale così realizzato, classificato come HUB con DEA di secondo livello, ospiterà le discipline e i relativi posti letto previsti dal DCA n. 64/2016.

SUPERFICIE MINIMA TOTALE INTERVENTO DI AMPLIAMENTO: CIRCA mq 43.000

VOLUME MINIMO TOTALE INTERVENTO DI AMPLIAMENTO: CIRCA mc 160.000

N° MINIMO POSTI LETTO INTERVENTO DI AMPLIAMENTO: 340



Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria Discipline e posti letto DCA n. 64/2016							
Area	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Posti letto programmazione regionale				
			Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	
CHIRURGICA	07	CARDIOCHIRURGIA			20	20	
	09	CHIRURGIA GENERALE		2	28	30	
	09	CHIRURGIA GENERALE (ENDOCRINOCH.)				-	
	13	CHIRURGIA TORACICA		1	14	15	
	14	CHIRURGIA VASCOLARE		1	19	20	
	30	NEUROCHIRURGIA		1	19	20	
	34	OCULISTICA			2	2	
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		2	28	30	
	38	OTORINOLARINGOIATRIA		4	6	10	
	43	UROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)		2	18	20	
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)			2	2	
EMERGENZA-URGENZA	51	MCAE	-	13	156	169	
			-	-	20	20	
MATERNO INFANTILE	31	NIDO			20	20	
	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		4	36	40	
	39	PEDIATRIA	1		19	20	
	62	NEONATOLOGIA	1		16	17	
	65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA			4	4	
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	10	
			2	4	85	91	
MEDICA	02	DAY HOSPITAL	6			6	
	02	DAY HOSPITAL	6			6	
	08	CARDIOLOGIA (CON EMODINAMICA)			22	22	
	08	CARDIOLOGIA	2			2	
	18	EMATOLOGIA	10		24	34	
	18	EMATOLOGIA (CENTRO PER LE MICROCITEMIE)				-	
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ				-	
	20	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI				-	
	21	GERIATRIA			10	10	
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI			20	20	
	26	MEDICINA GENERALE			40	40	
	29	NEFROLOGIA			18	18	
	32	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT II LIV.)			20	20	
	40	PSICHIATRIA			8	8	
	52	DERMATOLOGIA				-	
	54	EMODIALISI			25	25	
	58	GASTROENTEROLOGIA			6	6	
	64	ONCOLOGIA	13		17	30	
	68	PNEUMOLOGIA			20	20	
71	REUMATOLOGIA				-		
74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA				-		
97	DETENUTI			2	2		
99	TERAPIA DEL DOLORE				-		
			37	-	207	244	
MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	03	ANATOMIA PATOLOGICA				-	
	03	ANATOMIA PATOLOGICA (CITODIAGN. E PREV. TUMORI)				-	
	61	MEDICINA NUCLEARE				-	
	69	RADIOLOGIA				-	
	69	RADIOLOGIA				-	
	100	LABORATORIO D'ANALISI				-	
	100	LABORATORIO D'ANALISI (TIPIZZAZIONE TISSUTALE)				-	
	101	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA				-	
	102	SERVIZIO TRASFUSIONALE				-	
	102	SERVIZIO TRASFUSIONALE (BANCA DEL CORDONE)				-	
104	NEURORADIOLOGIA				-		
105	GENETICA MEDICA				-		
POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE			15	15	
					15	15	
SUPPORTO	121	COMPARTI OPERATORI				-	
	124	FARMACIA OSPEDALIERA				-	
	DS	DIREZIONE MEDICA P.O.				-	
	FS	FISICA SANITARIA				-	
					-		
TERAPIE INTENSIVE	49	TERAPIA INTENSIVA			14	14	
	49	TERAPIA INTENSIVA (POST OPERATORIA)				-	
	49	RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA				-	
	49	TERAPIA INTENSIVA (C.T.M.O.)	2		8	10	
	50	UNITA' CORONARICA			15	15	
			2	-	37	39	
			<b>Totale</b>	<b>41</b>	<b>17</b>	<b>520</b>	<b>578</b>



I lavori, come detto, saranno realizzati con fondi dell'INAIL nell'ambito del programma di investimenti sociali recepiti con DPCM del 28/12/2015, da restituire in rate annuali, per la parte di costruzione dell'opera e secondo il quadro economico seguente, per un importo complessivo pari ad euro 180.000.000,00.

Il costo stimato per i lavori, viene fissato in euro 135.940.315,39, compresi di oneri di sicurezza nei quali è previsto un alto grado di complessità tecnologica.

QUADRO ECONOMICO DELL'INTERVENTO	
<b>A) LAVORI</b>	
A1) Opere	
lavori opere civili	54.831.460,22
lavori opere strutturali	35.067.322,13
lavori opere impianti elettrici e speciali	16.939.747,07
lavori impianti meccanici	14.285.611,40
lavori impianti idrosanitari, antincendio e gas medicali	10.856.747,91
Totale A1	131.980.888,73
A2)	
oneri piani di sicurezza e coordinamento	3.959.426,66
Totale A2	3.959.426,66
<b>Totale lavori (A1 + A2)</b>	<b>135.940.315,39</b>
<b>B) SOMME A DISPOSIZIONE</b>	
B1) SPESE GENERALI E TECNICHE	
progettazione preliminare (iva e oneri compresi)	1.800.000,00
progettazione definitiva (iva e oneri compresi)	3.700.000,00
progettazione esecutiva (iva e oneri compresi)	2.800.000,00
direzione e contabilità lavori	5.683.372,70
collaudo tecnico amministrativo e statico	4.841.639,34
verifica e validazione (iva e oneri compresi)	1.300.000,00
Totale B1	20.125.012,04
B2) ONERI FISCALI E ALTRO	
indagini e accertamenti iva compresa 400.000,00	
incentivi	2.718.806,31
inarcassa (su direzione lavori e collaudo)	421.000,48
iva sui lavori	13.594.031,54
iva 22% (su direzione lavori, collaudo e relativa inarcassa)	2.408.123,00
imprevisti di esecuzione e arrotondamenti	2.812.711,49
oneri e spese per commissioni di gara iva compresa	60.000,00
allacciamenti ai pubblici servizi	1.500.000,00
spese per pubblicità e notifiche	20.000,00
Totale B2	23.934.672,57
<b>Totale somme a disposizione (B1 + B2)</b>	<b>44.059.684,61</b>
<b>Costo Totale</b>	<b>180.000.000,00</b>

\*\*\*\*\*

***B.2.a4 Offerta post operam***

L'attuazione del presente Programma contribuirà a migliorare l'offerta sanitaria dal punto di vista funzionale, strutturale, impiantistico e tecnologico.

Una volta realizzato il programma, infatti, la Regione disporrà di due nuove strutture ospedaliere, quella di Cosenza e quella di Catanzaro (oltre naturalmente a quella di Reggio Calabria che sarà realizzata con fondi INAIL), conformi ai più recenti standard ospedalieri nazionali, capaci di consentire lo svolgimento delle attività sanitarie in condizioni di sicurezza, garantendo nel contempo un contesto confortevole, accogliente in grado di favorire il benessere psico-fisico di pazienti, medici, operatori sanitari e visitatori, dotate di nuove tecnologie in grado di ridurre le liste di attesa e di migliorare il processo diagnostico e terapeutico.

La contestuale dismissione e riconversione degli edifici attualmente adibiti allo svolgimento delle funzioni sanitarie, per i quali non sono tecnicamente ed economicamente sostenibili interventi di adeguamento alle norme vigenti, permetterà la realizzazione, sia nella città di Cosenza che in quella di Catanzaro, di una Cittadella della Salute che consenta di riorganizzare i servizi territoriali delle rispettive città, attualmente sparsi in diverse sedi, in un unico luogo con conseguenti vantaggi in termini economici, organizzativi e di offerta sanitaria.

L'attuazione del Programma, inoltre, consentirà di intervenire anche su presidi ospedalieri esistenti come il *San Giovanni di Dio* di Crotona, il *Giovanni Paolo II* di Lamezia Terme e il *Mater Domini* di Catanzaro, determinandone la messa in sicurezza, l'adeguamento impiantistico, strutturale e funzionale ai requisiti richiesti dalle normative vigenti, oltre all'ammodernamento del patrimonio tecnologico.

***B.2.B COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA******B.2.b1 Relazione e complementarità tra le priorità***

Dall'analisi si evidenzia come i criteri di priorità e i criteri di complementarità abbiano portato alla definizione di un Programma che, attraverso la declinazione degli obiettivi specifici, assicuri l'equilibrio tra interventi sull'area ospedaliera e sull'area territoriale riassunto nei seguenti fattori comuni:

- messa a norma delle strutture dal punto di vista della sicurezza, e, soprattutto, dell'adeguamento alla normativa antincendio e antisismica;
- potenziamento dei servizi sanitari degli HUB regionali, da attuarsi, prioritariamente, attraverso la costruzione di nuove strutture ospedaliere che, attraverso un processo di riassetto organizzativo e funzionale, migliorino l'integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera;
- innovazione e l'ammodernamento tecnologico volti a garantire prestazioni di elevata qualità, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute.

Il problema che si pone tra le diverse priorità del programma coinvolge tutta la logica dell'adeguamento normativo delle strutture esistenti per garantire al cittadino un'offerta strutturale che raggiunga almeno i requisiti minimi posti dalle normative tecniche.

Pertanto non vi è nessun conflitto tra gli interventi proposti, né priorità tra gli stessi, in quanto tutti partecipano al processo di adeguamento e di rinnovo del patrimonio ospedaliero regionale.

Il risultato conseguito potrà essere valutato sia sotto il profilo dell'apporto degli interventi raggruppati in macroarea al fine del raggiungimento dell'obiettivo generale, sia in termini propriamente quantitativi di incidenza percentuale delle macro aree di intervento sull'importo finanziario complessivo del Programma (si rimanda agli allegati).

**B.2.b2 Analisi dei rischi**

Sulle base delle esperienze maturate con i precedenti Programmi, il principale rischio a cui si può andare incontro riguarda il mancato rispetto dei tempi di realizzazione degli interventi con conseguente sfasamento temporale tra riorganizzazione funzionale e strutturale.

Le principali cause di ritardo rilevate sono le seguenti:

- *Carenza delle progettazioni*: le progettazioni spesso non rispettano gli standard previsti dalla normativa. Questo comporta la necessità di revisione/approfondimento nelle fasi procedurali successive; la redazione di perizie di varianti e conseguente allungamento dei tempi ed aumento dei costi; l'aumento del rischio di contenzioso con gli appaltatori.
- *Finanziamenti*: l'allungamento dei tempi determina un aumento dei costi delle opere e quindi la necessità di reperire ulteriori finanziamenti, non sempre disponibili, per il completamento delle opere;
- *Ritardi nel rilascio delle autorizzazioni*: spesso dovute alla complessità degli iter procedurali o alle numerose prescrizioni che determinano un allungamento dei tempi di sviluppo delle progettazioni a causa delle importanti revisioni a cui devono essere sottoposte.
- *Inadeguatezza dell'Ente attuatore*: il soggetto attuatore non governa e non sorveglia in modo adeguato le procedure, spesso a causa di carenza di risorse (tecniche o umane); questo comporta un allungamento dei tempi delle attività progettuali di carattere tecnico o amministrativo, la mancata conoscenza dello stato di avanzamento e delle criticità presenti nell'intervento, il prolungamento dei tempi di chiusura delle opere.
- *Contenziosi nelle fasi di aggiudicazione/esecuzione dei lavori*: i numerosi ricorsi nella procedure di affidamento e la presentazione di riserve da parte dell'appaltatore nella fase di cantiere, comportano ritardi nell'individuazione dell'appaltatore e nell'esecuzione o ultimazione delle opere.

Visti l'analisi ed i risultati derivanti dall'attuazione degli altri Accordi di Programma in corso, la Regione Calabria ha scelto di "concentrare" in contenuti ma significativi interventi le risorse finanziarie a disposizione. Questa scelta comporterà sicuramente da un lato la notevole riduzione della criticità nelle fasi di affidamento sia della progettazione che della realizzazione degli interventi e, di riflesso, dall'altro lato, una diminuzione del possibile contenzioso con le imprese affidatarie dei lavori nella fase di esecuzione degli stessi.

Anche possibili interruzioni o sospensioni delle attività sanitarie in essere, legate alla realizzazione dei lavori in strutture operative ed in attività, sono state attentamente valutate dalle Aziende e dalla Regione in sede di redazione del Programma d'interventi. Le eventuali interferenze con la normale attività saranno oggettivamente programmate e preventivamente disciplinate al fine di diminuirne l'impatto e quindi il relativo disagio agli operatori e soprattutto agli utenti.

**B.3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE****B.3.A COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE E INTERSETTORIALE**

Le strategie di sviluppo della Regione Calabria si fondano su una cornice programmatica unitaria, che si basa sul Quadro Strategico Nazionale e, più a monte, sulla politica di sviluppo e coesione Europea.

La base giuridica dell'attuale programma dell'U.E. per la salute è il regolamento (UE) n. 282/2014. Il programma verte su 23 settori prioritari perseguendo 4 obiettivi specifici:

- a) promuovere la salute, prevenire le malattie e incoraggiare stili di vita sani attraverso l'approccio della "salute in tutte le politiche";
- b) proteggere i cittadini europei dalle gravi minacce sanitarie transfrontaliere;



- c) contribuire alla realizzazione di sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili;
- d) facilitare l'accesso dei cittadini dell'UE a un'assistenza sanitaria sicura e di elevata qualità;

nonché 7 obiettivi operativi:

- 1) Identificare, diffondere e promuovere l'adozione di pratiche basate sull'evidenza e buone pratiche per l'economicità;
- 2) Prevenzione delle malattie e attività di promozione della salute;
- 3) Identificare e sviluppare approcci coerenti e attuare per una migliore preparazione e coordinamento nelle emergenze sanitarie;
- 4) Individuare e sviluppare strumenti e meccanismi a livello dell'Unione per affrontare le carenze di risorse umane e finanziarie e facilitare l'assunzione volontaria dell'innovazione in Europa;
- 5) Intervento di sanità pubblica e strategie di prevenzione;
- 6) Aumentare l'accesso alle competenze e alle informazioni mediche transfrontaliere per le condizioni mediche di bassa prevalenza, alta specializzazione o malattie rare;
- 7) Facilitare l'applicazione dei risultati della ricerca e sviluppare strumenti per la qualità sanità e sicurezza dei pazienti.

### ***B.3.a1 Coerenza con le priorità del Quadro Strategico Nazionale***

La strategia regionale condivide l'indicazione del QSN di assegnare un ruolo centrale nella programmazione unitaria regionale ai servizi collettivi, sia a quelli che sono a valle di investimenti in infrastrutture, sia a quelli socio-assistenziali.

In riferimento ai contenuti e agli obiettivi del presente Accordo di Programma, appare particolarmente significativo il Programma Operativo Regionale - Fondo Europeo Sviluppo Regionale (POR FESR), finanziato con i Fondi Strutturali, e volto alla promozione dello sviluppo equilibrato e sostenibile attraverso la qualificazione e il riequilibrio dei sistemi territoriali e della struttura economica e sociale calabrese.

Più in dettaglio, per quanto attiene il POR FESR 2014-2020, la coerenza con la strategia degli interventi è ben espressa dalla seguente Priorità di intervento (P.I.) del programma: "4.c) Sostenere l'efficienza energetica, la gestione intelligente dell'energia e l'uso dell'energia rinnovabile nelle infrastrutture pubbliche, compresi gli edifici pubblici, e nel settore dell'edilizia abitativa" dell'"Asse Prioritario 4 – Efficienza energetica e mobilità sostenibile", tra le quali rientrano a pieno titolo le strutture ospitanti presidi sanitari.

### ***B.3.a2 Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale***

Gli interventi ricompresi nel presente Accordo trovano piena rispondenza negli atti di programmazione regionale recentemente adottati riguardanti in particolar modo la riorganizzazione della rete ospedaliera, dell'emergenza-urgenza e della rete territoriale (DPGR n. 18/2010, DCA n. 9/2015, DCA n. 76/2015, DCA n. 30/2016, DCA n. 63/2016, DCA n. 64/2016, DCA n. 119/2016, DCA n. 166/2017).

Gli interventi sono altresì coerenti con i precedenti programmi di interventi finanziati dalla Regione Calabria con i fondi dell'art. 20 della L. 67/88:

- Programma ex art. 20, L. 67/88 - PRIMA FASE;
- Programma ex art. 20, L. 67/88 - SECONDA FASE;
- Accordo di Programma Stralcio del 16/12/2004 ;
- Accordo di Programma Integrativo del 13/12/2007;
- Programma di Potenziamento Funzionale e Innovazione Tecnologica (OPCM 3635/2007);



- Interventi in materia di sicurezza (L. 450/1997) ;
- Interventi nel settore materno infantile (L. 34/96, art. 3 comma 4) ;
- Programma di interventi per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. 135/90);
- Potenziamento delle strutture di radioterapia (art. 28, comma 12, L. 488/99) ;
- Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative - Hospice (L. 39/99) ;
- Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (L. 448/98, art. 71);
- Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (L. 9/2012, art. 3-ter e s.m.i.);
- Programma di adeguamento alla normativa antincendio (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013).

### **B.3.B SOSTENIBILTA' DEGLI INTERVENTI**

#### **B.3.b1 Analisi delle condizioni**

Gli interventi previsti nel Programma sono stati oggetto di una complessiva verifica di sostenibilità.

La metodologia usata ha previsto il coinvolgimento delle Aziende sanitarie con le quali sono state analiticamente effettuate verifiche sulla:

- sostenibilità economico-finanziaria;
- sostenibilità amministrativa e gestionale e delle risorse umane;
- sostenibilità ambientale.

La sostenibilità di ogni singolo intervento è stata ricomposta con una logica di complementarità su scala regionale per dare conto dell'effettiva e complessiva sostenibilità del Programma.

#### **B.3.b2 Sostenibilità economica e finanziaria**

La copertura finanziaria del Programma è garantita dalle risorse statali derivanti dalle assegnazioni che la Regione ha avuto con le delibere CIPE n. 52/98, n. 65/2002, n. 97/2008, n. 98/2008 la cui disponibilità residua ammonta a € 308.402.732,56 e dal cofinanziamento regionale del 5% pari a € 16.231.722,77.

Per ciascuno degli interventi previsti le Aziende interessate hanno predisposto uno studio di fattibilità dal quale emerge, tra l'altro, la fattibilità finanziaria del progetto e la sua convenienza socio-economica.

La sostenibilità economico-finanziaria di ogni intervento è stata basata su una verifica delle risorse oggi a disposizione per gli investimenti, con una forte correlazione tra le risorse messe a disposizione dall'art. 20 della Legge n. 67/1988 e quelle disposte dalla Giunta Regionale.

La verifica della sostenibilità del Programma è basata sulla ricerca di relazioni di congruenza tra i bilanci pluriennali di previsione presentati dalle Aziende (oggetto di valutazione ed approvazione da parte dei competenti organi regionali) e gli interventi inseriti nel Programma.

La verifica della sostenibilità economico-finanziaria del Programma, mancando l'utilizzo di fondi propri delle Aziende, tranne che per quote marginali, si è basata sulle quote statale e regionale.

Ulteriori elementi di verifica della sostenibilità economico-finanziaria degli interventi del Programma sono state le valutazioni sui costi cessanti e sui costi emergenti derivanti dalla realizzazione degli interventi. Tra i costi cessanti derivanti dalla realizzazione degli interventi del Programma vi sono:

- risparmi conseguenti alla possibilità di effettuare la razionalizzazione efficientistica del nuovo piano di riassetto della rete ospedaliera e territoriale con la chiusura e/o conversione di piccoli o inefficienti presidi ospedalieri;



- risparmi derivanti da una riduzione della mobilità sanitaria passiva per l'accresciuta qualità dell'offerta in grado di far fronte al fabbisogno assistenziale della popolazione;
- razionalizzazione dei servizi attraverso l'integrazione a rete degli stessi;
- maggiore efficienza dovuta all'ammodernamento impiantistico/tecnologico.

I costi emergenti si qualificano in:

- aumento dei costi di manutenzione ordinaria e programmata soprattutto in relazione all'aumento complessivo della superficie delle strutture sanitarie;
- aumento dei costi del materiale consumabile.

Gli interventi di realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza, del Nuovo Ospedale di Catanzaro e della Cittadella della Salute di Cosenza, verranno realizzati mediante lo strumento della Concessione di progettazione, costruzione e gestione, mediante il ricorso alla Finanza di Progetto.

La quantificazione economica prevista per dare attuazione alle proposte progettuali, infatti, non consente di individuare, soprattutto in un periodo come questo in cui i vincoli economico-finanziari delle Amministrazioni Pubbliche sono stati ulteriormente ampliati, soluzioni diverse rispetto alla scelta adottata del ricorso al capitale privato.

Le Analisi di fattibilità economica-finanziaria effettuate hanno valutato la capacità dei progetti stessi di generare flussi di risorse a parziale copertura dei servizi erogabili grazie alla realizzazione dell'investimento programmato, analizzando tutte le componenti e le principali "assumptions" in gioco (dati, durata, tassi di interesse, costi da capitalizzare, ricavi etc); il risultato è la verifica positiva della fattibilità economico-finanziaria del progetto con una durata delle concessioni di 30 anni.

### ***B.3.b3 Sostenibilità amministrativa e gestionale***

La verifica della sostenibilità amministrativa è stata effettuata in relazione alle procedure tecnico-amministrative necessarie all'ottenimento delle autorizzazioni per la "cantierabilità" degli interventi.

La sostenibilità gestionale del Programma è stata verificata con particolare riferimento agli interventi che prevedono:

- l'ammodernamento tecnologico (nuova acquisizione);
- l'implementazione dell'offerta sanitaria.

Con gli elementi di contesto sopraelencati, la sostenibilità gestionale si correla fortemente con le politiche di sviluppo delle risorse umane per garantire una corretta programmazione delle risorse che serviranno sia alla gestione dell'offerta sanitaria post operam, sia nella conduzione delle nuove tecnologie.

### ***B.3.b4 Sostenibilità di risorse umane***

La sostenibilità del programma in termini di risorse umane trova il suo fondamento nella logica di una razionale programmazione delle assunzioni, sostituzioni, turn-over accompagnata da percorsi formativi per qualificare, riqualificare il personale.

La sostenibilità della politica di gestione e sviluppo delle risorse umane, a livello di Servizio sanitario regionale, ha come obiettivo per le Aziende sanitarie l'impegno a ridurre la spesa complessiva per le risorse umane. Questi vincoli sono funzionali al perseguimento dell'obiettivo della sostenibilità di risorse umane del Programma nella misura in cui si applicano anche nel caso di interventi che comportano un'implementazione qualitativa e quantitativa dell'offerta sanitaria o l'acquisizione di nuove apparecchiature sanitarie.

In un'ottica di medio periodo, lo sblocco parziale del turnover consentirà l'acquisizione mirata delle professionalità strettamente funzionali alla implementazione ed alla gestione delle nuove attività sanitaria, laddove strettamente indispensabili ed in un'ottica di contenimento dei costi.



### **B.3.b5 Sostenibilità ambientale**

L'insieme degli interventi del Programma si inserisce in un contesto che vede la sostenibilità ambientale quale elemento portante per la programmazione delle politiche per la salute. La sostenibilità ambientale degli interventi inseriti nel Programma, dal punto di vista tecnico, prende a riferimento la normativa nazionale e regionale in materia di tutela ambientale ed uso razionale dell'energia.

Gli obiettivi di sostenibilità ambientale di questo Programma possono essere riassunti nella:

- preferenza all'uso di materiali ecocompatibili per la realizzazione degli interventi. Allo scopo la Regione fornirà indicazioni alle Aziende sanitarie affinché nelle procedure di aggiudicazione dei lavori siano inseriti, come criteri di valutazione dell'offerta stessa, elementi relativi all'uso di materiali ecocompatibili o che questi elementi siano direttamente inseriti nel capitolato speciale di appalto (metodo del massimo ribasso);
- riduzione della quantità dei rifiuti pericolosi prodotti con la realizzazione dei nuovi interventi migliorandone nel contempo la gestione;
- contestualizzazione dei singoli interventi nel piano della mobilità aziendale allo scopo del contenimento dell'impatto ambientale;
- applicazione di requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici e degli impianti energetici in essi installati. L'intervento, qualora si tratti di nuova costruzione, ristrutturazione o manutenzione straordinaria, sarà oggetto di una procedura di certificazione energetica;

applicazione di misure tecniche e di procedure organizzative per il contenimento dei consumi idrici.

Le strutture sanitarie esplicano un ruolo importante nei confronti dell'ambiente che le ospita in relazione:

- alla loro funzione principale di cura e assistenza;
- agli utilizzi di materie prime e fonti naturali;
- alle emissioni in atmosfera ed alla produzione di rifiuti e reflui
- alle esigenze di mobilità connesse alla loro funzionalità.

Rappresenta, dunque, un'esigenza inderogabile del Programma garantire la sostenibilità ambientale degli interventi da realizzare.

A tal fine sono stati utilizzati i seguenti criteri:

- valutazione della localizzazione urbanistica di nuovi ospedali e di strutture sanitarie in genere in merito all'accessibilità del sito, alla disponibilità delle infrastrutture esistenti e alla disponibilità delle reti tecnologiche esistenti a cui allacciarsi per le varie forniture;
- valutazione della sicurezza del sito da scegliere per gli edifici di nuova costruzione dal punto di vista della vulnerabilità e idoneità geomorfologica;
- verifica di valutazione di Incidenza degli interventi di nuova costruzione o di ampliamento laddove tali interventi ricadano in aree SIC o ZPS della Rete Natura 2000 ai sensi della DPGR 9/2010 (Regolamento di attuazione della V.I. - Verifica di Incidenza).

I lavori di ristrutturazione e quelli di nuova costruzione includeranno, previa analisi costi-benefici che ne accerti la convenienza, anche interventi di efficienza energetica e risparmio delle risorse idriche.

Gli interventi ecosostenibili finalizzati all'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili, al risparmio delle risorse idriche e al riutilizzo delle acque meteoriche, saranno garantiti attraverso le seguenti azioni:

- a) Azione di miglioramento dei produttori di energia, intervenendo nel processo di manutenzione, attraverso la sostituzione degli apparati di produzione di energia l'introduzione di nuove tecnologie ad alto rendimento (impianti di cogenerazione, fotovoltaici e di miglioramento dei bruciatori e delle batterie di recupero, sistemi distribuiti di cogenerazione e rigenerazione, localizzati nelle vicinanze delle utenze finali). In tal modo è consentita:
  - maggiore efficienza energetica complessiva;



- riduzione delle perdite di rete;
- possibilità di alimentazione con fonti rinnovabili;
- flessibilità di esercizio (possibilità di alimentare utenze dedicate ed essere collegati alla rete di distribuzione per supporto);
- minore richiesta finanziaria.

Gli interventi di sostenibilità ambientale in ambito energetico sono quindi finalizzati ad una riduzione di:

- consumi energetici;
  - emissioni inquinanti
  - emissioni di CO<sub>2</sub>;
  - produzione di rifiuti;
  - utilizzo di acqua.
- b) Applicazione di misure tecniche e di procedure organizzative volte all'efficienza ed efficacia dei consumi idrici (linee di adduzione idrica separate in funzione delle temperature di servizio delle singole utenze finali, recupero delle acque piovane).
- c) Azioni di miglioramento riguardanti il degrado strutturale degli edifici esistenti (applicazione di prodotti industriali innovativi) e la qualità dell'ambiente interno (soluzioni progettuali per la riorganizzazione);
- d) Azioni per la definizione e l'attuazione di best practices in ambito energetico nei confronti degli operatori (che sono anche chiamati a contribuire al raggiungimento dei risultati) e degli utenti al fine di diffondere in modo molto ampio la cultura del risparmio energetico e, più in generale, della sostenibilità ambientale.

Per quanto riguarda, poi, le forme di eliminazione e trattamento dei rifiuti ordinari e speciali, sarà garantita l'osservanza delle procedure amministrative dettate dal D.lgs n. 152/2006 e s.m.i.

Nella progettazione ed attuazione degli interventi previsti dal programma, pertanto, sarà assicurato il rispetto dei criteri di sostenibilità ambientale, sia nelle operazioni di ristrutturazione che nella scelta della localizzazione urbanistica delle nuove strutture sanitarie, che costituiscono ottimi siti per lo sviluppo di nuove soluzioni tecnologiche non solo per le caratteristiche di utilizzo ma anche per la notevole visibilità dei risultati.

## **B.4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI**

### ***B.4.A SISTEMA DI INDICATORI***

La natura del programma in argomento permette di definire 3 sistemi di indicatori:

- 1) gli indicatori di contesto, che sostanzialmente sono basati sulla capacità degli interventi di raggiungere e mantenere gli obiettivi di ospedalizzazione;
- 2) gli indicatori del programma, più facili da definire perché la loro unità di misura può essere il semplice avanzamento dello stesso nell'unità di tempo;
- 3) gli indicatori di qualità (spesso definiti di efficacia ed efficienza), che sono propri del programma proposto perché interessano la capacità di recepire le esigenze della nuova organizzazione sanitaria.

#### ***B.4.a1 Indicatori di contesto***

Considerate le finalità del programma di investimenti, gli indicatori di misura per il controllo degli effetti progettuali degli interventi dovranno misurare:



- la concreta attuazione dei processi di adeguamento della rete ospedaliera, In coerenza con quanto previsto dal Programma Operativo 2016-2018 approvato con DCA n. 119/2016, nonché con quanto stabilito dal DCA n. 64/2016 in materia di riorganizzazione delle reti assistenziali ai fini dell’attuazione del DM n. 70/2015;
- l’incremento di strutture che offrono assistenza residenziale e ambulatoriale e la rimodulazione dei posti letto ancora attivi non rientranti nella programmazione della rete di assistenza ospedaliera;
- la riduzione dell’ospedalizzazione ed il trasferimento delle prestazioni in regimi assistenziali più appropriati (residenziali e ambulatoriali);
- il miglioramento della efficienza e qualità delle prestazioni rese in relazione all’ammodernamento delle tecnologie.

Infine, tra gli indicatori per valutare l’efficacia degli ospedali si considerano gli effetti del miglioramento della qualità del sistema sulla qualità della vita dei cittadini che necessitano di trattamenti diagnostici e terapeutici. Tra gli indicatori di contesto si considereranno, in forma sintetica, informazioni sulla popolazione della Calabria in relazione a:

- distribuzione geografica e struttura compositiva della popolazione;
- principali determinanti di decesso.

Si riportano di seguito alcune tabelle di sintesi.

	Tasso di mortalità		
	2014	2015	2016
Cosenza	9,8	10,4	10,1
Catanzaro	9,6	10,2	9,7
Reggio di Calabria	10,1	10,6	9,9
Crotone	8,6	9,2	8,4
Vibo Valentia	9,7	10,2	9,7
Calabria	9,7	10,3	9,8
Italia	9,8	10,7	10,1

Tabella 1. Tasso di mortalità per provincia. Anni 2014-2016 (per 1.000 residenti) - Fonte: ISTAT

	totale		tubercolosi		aids (malattia da hiv)		epatite virale		altre malattie infettive e parassitarie	
	morti	quoziente di mortalità	morti	quoziente di mortalità	morti	quoziente di mortalità	morti	quoziente di mortalità	morti	quoziente di mortalità
Cosenza	123	1,72	2	0,03	2	0,03	36	0,5	83	1,16
Catanzaro	61	1,68	..	..	1	0,03	27	0,74	33	0,91
Reggio di Calabria	78	1,4	1	0,02	..	..	26	0,47	51	0,92
Crotone	18	1,03	..	..	..	..	8	0,46	10	0,57
Vibo Valentia	26	1,6	1	0,06	2	0,12	10	0,61	13	0,8
Calabria	306	1,55	4	0,02	5	0,03	107	0,54	190	0,96
Italia	15.683	2,58	308	0,05	678	0,11	2.864	0,47	11.833	1,95

Tabella 2. Morti e quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) di alcune malattie infettive e parassitarie. Anno 2016 - Fonte: ISTAT

	Totale Tumori		Totale tumori maligni		Totale tumori non maligni (benigni e di comportamento incerto)	
	morti	quoziente di mortalità	morti	quoziente di mortalità	morti	quoziente di mortalità
Cosenza	1.732	24,19	1.638	22,88	94	1,31
Catanzaro	817	22,48	774	21,30	43	1,18
Reggio di Calabria	1.435	25,77	1.352	24,28	83	1,49
Crotone	382	21,89	358	20,51	24	1,38
Vibo Valentia	384	23,59	365	22,42	19	1,17
Calabria	4.750	24,07	4.487	22,74	263	1,33
Italia	178.232	29,35	169.726	27,95	8.506	1,40

Tabella 3. Morti e quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) di tumori, maligni e non. Anno 2016 - Fonte: ISTAT



		Cosenza	Catanzaro	Reggio di Calabria	Crotone	Vibo Valentia	Calabria	Italia
tumori delle labbra, cavità orale e faringe	morti	29	20	22	10	11	92	2.875
	quoziente di mortalità	0,41	0,55	0,40	0,57	0,68	0,47	0,47
tumori dell'esofago	morti	10	7	6	3	2	28	1.834
	quoziente di mortalità	0,14	0,19	0,11	0,17	0,12	0,14	0,30
tumori dello stomaco	morti	89	50	82	43	40	304	9.394
	quoziente di mortalità	1,24	1,38	1,47	2,46	2,46	1,54	1,55
tumori del colon, del retto e dell'ano	morti	235	94	171	28	29	557	18.935
	quoziente di mortalità	3,28	2,59	3,07	1,60	1,78	2,82	3,12
tumori del fegato e dei dotti biliari intraepatici	morti	98	55	90	31	23	297	9.675
	quoziente di mortalità	1,37	1,51	1,62	1,78	1,41	1,50	1,59
tumori del pancreas	morti	81	38	82	20	16	237	11.463
	quoziente di mortalità	1,13	1,05	1,47	1,15	0,98	1,20	1,89
tumori della laringe	morti	17	13	16	3	2	51	1.476
	quoziente di mortalità	0,24	0,36	0,29	0,17	0,12	0,26	0,24
tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni	morti	261	123	246	61	60	751	33.836
	quoziente di mortalità	3,65	3,38	4,42	3,50	3,69	3,81	5,57
melanomi della cute	morti	18	10	12	2	4	46	1.943
	quoziente di mortalità	0,25	0,28	0,22	0,11	0,25	0,23	0,32
tumori del seno	morti	111	53	84	17	29	294	12.381
	quoziente di mortalità	1,55	1,46	1,51	0,97	1,78	1,49	2,04
tumori della cervice uterina	morti	7	1	1	2	1	12	435
	quoziente di mortalità	0,10	0,03	0,02	0,11	0,06	0,06	0,07
tumori di altre parti dell'utero	morti	27	16	20	6	7	76	2.516
	quoziente di mortalità	0,38	0,44	0,36	0,34	0,43	0,39	0,41
tumori dell'ovaio	morti	33	12	30	4	9	88	3.186
	quoziente di mortalità	0,46	0,33	0,54	0,23	0,55	0,45	0,52
tumori della prostata	morti	97	40	74	14	20	245	7.196
	quoziente di mortalità	1,35	1,10	1,33	0,80	1,23	1,24	1,18
tumori del rene	morti	17	10	15	5	6	53	3.461
	quoziente di mortalità	0,24	0,28	0,27	0,29	0,37	0,27	0,57
tumori della vescica	morti	56	30	56	14	12	168	5.641
	quoziente di mortalità	0,78	0,83	1,01	0,80	0,74	0,85	0,93
tumori del cervello e del sistema nervoso centrale	morti	38	16	25	7	9	95	4.118
	quoziente di mortalità	0,53	0,44	0,45	0,40	0,55	0,48	0,68
tumori della tiroide	morti	7	6	5	..	1	19	549
	quoziente di mortalità	0,10	0,17	0,09	..	0,06	0,10	0,09
morbo di hodgkin e linfomi	morti	64	22	29	11	12	138	5.158
	quoziente di mortalità	0,89	0,61	0,52	0,63	0,74	0,70	0,85
leucemia	morti	68	28	60	19	14	189	5.974
	quoziente di mortalità	0,95	0,77	1,08	1,09	0,86	0,96	0,98
altri tumori del tessuto linfatico/ematopoietico	morti	37	13	25	8	6	89	3.582
	quoziente di mortalità	0,52	0,36	0,45	0,46	0,37	0,45	0,59
altri tumori	morti	238	117	201	50	52	658	24.098
	quoziente di mortalità	3,32	3,22	3,61	2,87	3,19	3,33	3,97

Tabella 4. Morti e quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) di tumori distinti per tipologia - Dati Istat

	morti	quoziente di mortalità
Cosenza	358	5,00
Catanzaro	213	5,86
Reggio di Calabria	350	6,28
Crotone	81	4,64
Vibo Valentia	83	5,10
Calabria	1.085	5,50
Italia	22.165	3,65

Tabella 5. Morti e quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) di diabete mellito - Dati Istat



			Cosenza	Catanzaro	Reggio di Calabria	Crotone	Vibo Valentia	Calabria	Italia		
malattie del sistema circolatorio	totale malattie del sistema circolatorio		morti	3.221	1.614	2.469	632	693	8.629	238.262	
			quoziente di mortalità	44,99	44,42	44,33	36,21	42,57	43,72	39,23	
	malattie ischemiche del cuore	totale malattie ischemiche del cuore		morti	796	440	604	187	205	2.232	72.670
				quoziente di mortalità	11,12	12,11	10,85	10,72	12,59	11,31	11,97
		di cui infarto miocardico acuto		morti	291	120	228	68	47	754	25.521
				quoziente di mortalità	4,06	3,30	4,09	3,90	2,89	3,82	4,20
		di cui altre malattie ischemiche del cuore		morti	505	320	376	119	158	1.478	47.149
				quoziente di mortalità	7,05	8,81	6,75	6,82	9,71	7,49	7,76
	altre malattie del cuore		morti	768	376	676	170	192	2.182	55.731	
			quoziente di mortalità	10,73	10,35	12,14	9,74	11,79	11,06	9,18	
	malattie cerebrovascolari		morti	880	428	569	137	142	2.156	61.548	
			quoziente di mortalità	12,29	11,78	10,22	7,85	8,72	10,92	10,13	
	altre malattie del sistema circolatorio		morti	777	370	620	138	154	2.059	48.313	
			quoziente di mortalità	10,85	10,18	11,13	7,91	9,46	10,43	7,96	

Tabella 6. Morti e quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) di malattie del sistema circolatorio distinte per tipologia - Dati Istat

Nella tabella seguente sono proposti alcuni indicatori di contesto, selezionati tra quelli che possono fornire informazioni sulle condizioni sanitarie e socio-economiche della popolazione interessata e sui livelli di assistenza erogati, selezionati tra quelli più significativi per monitorare un programma di investimenti rivolto prevalentemente alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera.

Indicatore	Fonte	Periodicità
Tasso di anzianità (incidenza popolazione ultra65enne sul totale della popolazione)	ISTAT	annuale
Tasso di natalità (num. Nati vivi x 1000 ab.)	ISTAT	annuale
Tasso di mortalità (num. morti x 1000 ab.)	ISTAT	annuale
Tasso di ospedalizzazione (num. ricoveri x 1000 ab.)	ISTAT	annuale
Incidenza delle malattie oncologiche (num. Casi x 100.000 ab.)	ISTAT	annuale
Incidenza delle malattie dell'apparato respiratorio (num. Casi x 100.000 ab.)	ISTAT	annuale
Incidenza delle malattie dell'apparato cardio-circolatorio (num. Casi x 100.000 ab.)	ISTAT	annuale
Posti letto per acuti rispetto alla popolazione residente (num p.l. x 1000 ab.)	ISTAT	annuale
Parti cesarei (% di parti cesarei sul totale)	ISTAT	annuale
Attività ospedaliera (% ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri ordinari):	ISTAT	annuale
Appropriatezza dei ricoveri (Tasso ospedalizzazione di ricoveri ordinari attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatezza)	ISTAT	annuale
Indice di Fuga - mobilità passiva (rapporto tra il numero di assistiti calabresi dimessi da ospedali fuori regione e numero di assistiti calabresi dimessi da ospedali regionali e fuori regione)	ISTAT	annuale
Mobilità passiva ospedaliera (% su base annua del numero di ricoveri fuori regione)	ISTAT	annuale

**B.4.a2 Indicatori di Programma**

L'accordo di programma prevede sistemi di monitoraggio che già selezionano indicatori significativi sin dal momento della presentazione del progetto, dell'approvazione dello stesso, dell'ammissione al finanziamento fino all'affidamento dei lavori. Successivamente all'affidamento dei lavori, viene monitorato l'avanzamento degli stessi. In particolare, tra gli indicatori più significativi che vengono monitorati rispetto alle fasi procedurali del cronoprogramma dell'intervento. Anche l'utilizzo delle risorse finanziarie viene costantemente monitorato.

Gli indicatori sono da individuare rispetto alle fasi indicate nel seguente schema:

REALIZZAZIONE	<u>Monitoraggio del processo realizzativo</u> - Progettazione; - Consegna lavori; - Realizzazione lavori; - Collaudo; - Attivazione struttura. <u>Monitoraggio delle risorse finanziarie</u> - Controllo dell'andamento dei flussi finanziari per singolo intervento; - Validazione preventiva delle varianti in corso d'opera (con particolare riferimento agli aspetti programmatori e finanziari); - Eventuali variazioni dei costi di realizzazione.
RISULTATO	- Attivazione delle nuove strutture; - Attivazione delle apparecchiature previste nel piano degli investimenti; - Ricadute sul sistema sanitario regionale

Nella tabella seguente sono proposti alcuni indicatori di programma: i primi 5 sono indicatori di realizzazione, gli altri sono indicatori di risultato.

Indicatore	Fonte	Periodicità	Interventi
Numero di interventi attivati ad una certa data	Regione	semestrale	Tutti
Andamento della spesa (% di erogazione della risorse assegnate sul totale)	Regione	semestrale	Tutti
Stato avanzamento lavori (approvazione progettazione, stipula contratto, avvio lavori, collaudo, attivazione)	Soggetto attuatore	semestrale	Tutti
Numero di posti letto attivati ad una certa data	Soggetto attuatore	semestrale	Nuovo Ospedale di Cosenza
Superficie realizzata ad una certa data sul totale previsto	Soggetto attuatore	semestrale	Nuovo Ospedale di Cosenza - Cittadella della Salute di Cosenza
Tasso di utilizzo dei posti letto (rapporto tra giornate di degenza effettive e giornate di degenza disponibili)	Flusso SDO	annuale a fine intervento	Nuovo Ospedale di Cosenza
Dimissioni volontarie	Flusso SDO	annuale a fine intervento	Nuovo Ospedale di Cosenza
Variazione % dei costi annui di manutenzione ordinaria sostenuti per le strutture ospedaliere	Soggetto attuatore	annuale a fine intervento	Nuovo Ospedale di Cosenza
Variazione % dei costi annui di manutenzione straordinaria sostenuti per le strutture ospedaliere	Soggetto attuatore	annuale a fine intervento	Nuovo Ospedale di Cosenza
Variazione Indice di Fuga - mobilità passiva (rapporto tra n° di assistiti calabresi dimessi da ospedali fuori regione e n° di dimessi da ospedali regionali e fuori regione)	Flusso SDO e flusso mobilità passiva	annuale a fine intervento	Nuovo Ospedale di Cosenza
Variazione su base annua indice di attrazione popolazione extraregionale (rapporto tra n° di dimessi non residenti e n° totale di dimessi nei nuovo ospedali)	Flusso SDO	annuale a fine intervento	Nuovo Ospedale di Cosenza
Variazione della Mobilità passiva ospedaliera (% su base annua del numero di ricoveri fuori regione)	Flusso SDO e flusso mobilità passiva	annuale a fine intervento	Nuovo Ospedale di Cosenza

**B.4.a3 Indicatori di Efficacia ed Efficienza**

Gli indicatori di efficacia ed efficienza servono a valutare gli impatti del programma attuato rispetto agli obiettivi programmati. Gli indicatori sono da individuare nel seguente schema:

EFFICACIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N° di nuove strutture ospedaliera e territoriali attivate;</li> <li>- N° di posti letto attivati nelle strutture ospedaliere dopo l'intervento / N° di posti letto attivati prima dell'intervento;</li> <li>- N° di nuove apparecchiature di alta tecnologia Installate;</li> <li>- Costi relativi al personale dopo l'attivazione di nuovi p.l. (completamento e ampliamento di presidi esistenti) / Costi relativi al personale prima dell'intervento;</li> <li>- N° mq di superficie lorda coperta di nuova realizzazione o ristrutturazione;</li> </ul>
EFFICIENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo a p.l. effettivo dell'intervento / Costo a p.l. stimato in progetto;</li> <li>- Costo unitario posto letto per tipologia costruttiva, per destinazione funzionale, ecc.</li> </ul>

Nella tabella seguente sono proposti alcuni indicatori: i primi 3 sono indicatori di efficacia, gli altri sono indicatori di efficienza.

Indicatore	Fonte	Periodicità	Interventi
Scostamento % dal tempo di realizzazione previsto (rapporto tra la differenza tra il tempo di realizzazione effettivo ed il tempo previsto)	Soggetto attuatore	a conclusione dell'intervento	Tutti
Scostamento finale % dal Costo Totale di realizzazione previsto (rapporto tra la differenza del costo di realizzazione effettiva ed il costo di realizzazione previsto)	Soggetto attuatore	a conclusione dell'intervento	Tutti
Rispetto del cronoprogramma (scostamento in giorni delle varie milestone dell'intervento)	Soggetto attuatore	per milestone	Tutti
Costo effettivo per posto letto	Soggetto attuatore	a conclusione dell'intervento	Nuovo Ospedale di Cosenza
Costo effettivo per mq effettivo	Soggetto attuatore	a conclusione dell'intervento	Nuovo Ospedale di Cosenza - Cittadella della Salute di Cosenza

**B.4.a4 Fonti di verifica**

Le fonti di verifica degli indicatori sono afferenti ad un sistema regionale alimentato da dati provenienti:

- dal sistema informativo regionale;
- dalla raccolta sistematica di dati sanitari provenienti dalle Aziende;
- dai bilanci aziendali che annualmente le Aziende presentano alla Regione per il previsto esame ed approvazione;
- dai tavoli di monitoraggio (Regione/Stato) della spesa sanitaria regionale.

**B.4.B IMPATTI DEL PROGRAMMA****B.4.b1 Accettabilità sociale del Programma**

Il presente Programma non presenta particolari problemi di accettabilità sociale in quanto prevede interventi di adeguamento strutturale, impiantistico e funzionale dei presidi ospedalieri alle normative vigenti nonché il potenziamento e l'ammmodernamento del patrimonio tecnologico delle Aziende mirando in sostanza ad un miglioramento dell'offerta sanitaria.

Il programma, inoltre, riguarda interventi su presidi che gli atti di programmazione regionali hanno confermato nella futura rete ospedaliera garantendo di fatto potenziamento della stessa con conseguenti ricadute positive su tutta la collettività.

Dal punto di vista comunicativo occorrerà informare la popolazione, che continua a individuare nell'ospedale la risposta di maggior rilievo ai bisogni assistenziali della popolazione, che l'attuale epidemiologia si è modificata rispetto al passato e che il mantenimento della spesa ospedaliera a certi livelli non consente di liberare risorse per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

Alla luce di quanto sopra e al fine di minimizzare l'impatto sociale, il sistema sanitario regionale metterà in atto nuove strategie di comunicazione, volte essenzialmente a far conoscere gli aspetti positivi della riorganizzazione che si intende realizzare con il presente programma, quali, in particolare:

- una rete territoriale più forte migliora la capacità del SSR di assolvere compiutamente le proprie funzioni e consente di orientare l'attività ospedaliera alla medio-alta intensità di cura, con un miglioramento del livello tecnologico ed un aumento dei punti di eccellenza per potenziare la capacità di risposta alle esigenze dei cittadini;
- consente, inoltre, di realizzare un sistema di emergenza più sicuro;
- un potenziamento della risposta diagnostica.

**B.4.b 2 - Valore aggiunto del Programma**

Il presente programma si inserisce nel contesto di una programmazione regionale avviata nel 1991, con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 57 del 27/02/1991, con il programma straordinario sugli investimenti in sanità ex art. 20 l. 67/88 – I<sup>a</sup> FASE.

Risulta correlato ai precedenti programmi; in particolare, si pone in perfetta coerenza e continuità con l'attuale evoluzione della pianificazione regionale.

Con i precedenti programmi sono stati realizzati interventi di ristrutturazione degli ospedali e sono stati avviati interventi di potenziamento della residenzialità extraospedaliera e delle reti delle strutture territoriali. Obiettivi questi propedeutici al rinnovamento del parco ospedaliero regionale di cui il presente programma costituisce il completamento.

Il valore aggiunto del programma è individuato nella continuità e completamento delle strategie generali della programmazione sanitaria regionale.

**B.4.b.3 Health Technology Assessment**

Negli ultimi decenni l'innovazione tecnologica in sanità ha fatto notevoli passi avanti modificando le tecniche chirurgiche, le tecniche mediche, diagnostiche con il conseguente sensibile miglioramento di risultati, in termini di capacità diagnostica ed efficacia terapeutica. Se da un lato lo sviluppo tecnologico in sanità ha comportato un miglioramento nei termini suddetti, dall'altro lato ha comportato un considerevole aumento dei costi.

L'Health Technology Assessment è il processo che valuta le conseguenze economiche, sociali, etiche e cliniche, a breve e lungo termine, che l'adozione di una data tecnologia può avere nel suo inserimento



in una struttura sanitaria. E' pertanto un modo di approcciare alla gestione sanitaria che porta a considerare un dispositivo o un servizio in modo complesso. Un sistema intero, cioè al servizio della salute del cittadino utente.

Nell'ambito del presente Accordo, soprattutto per gli interventi riguardanti la realizzazione di nuovi ospedali, è previsto l'acquisto di grandi tecnologie sanitarie per le quali si rendono necessarie delle valutazioni di HTA, la cui descrizione è rappresentata negli appositi capitoli relativi agli interventi ed il loro monitoraggio continuo.

A tale proposito la regione Calabria, con DCA n. n. 53 del 22/03/2017, ha istituito presso il Dipartimento *"Tutela della Salute e Politiche Sanitarie"* la Struttura regionale di valutazione *"Health Technology Assessment"*.

Il sopracitato DCA, oltre a definire la composizione della Struttura assegna a essa i seguenti compiti:

- giungere alla corretta rappresentazione della dotazione di tecnologie in possesso sia delle strutture pubbliche che delle strutture private della Regione Calabria;
- individuare il volume e la vetustà del parco tecnologico a disposizione del SSR, sia nelle strutture pubbliche che nelle strutture private, mediante la revisione/integrazione e continuo aggiornamento dell'Anagrafe Tecnologie;
- consentire una programmazione coerente ed unitaria delle scelte legate alle tecnologie sanitarie, al fine di evitare acquisti isolati e discontinui all'interno delle strutture sanitarie, che non siano coerenti con la programmazione regionale ed aziendale, con l'organizzazione delle reti ospedaliere, con i vincoli di budget e di contenimento generale della spesa;
- monitorare il numero di punti di erogazione "duplicati" sia all'interno del medesimo cluster ospedaliero, sia tra livello ospedaliero e territoriale;
- riorganizzare il sistema per consentire, a livello centrale, il controllo sulle acquisizioni delle tecnologie sanitarie e a livello regionale/aziendale garantire la coerenza tra la fase manutentiva sui beni in essere e la fase di acquisto di nuovi beni in sostituzione;
- ridurre il ricorso a forme improprie di acquisizione che possono risultare antieconomiche (spesa corrente, service tecnologici, trattative in esclusiva, ...);
- favorire lo scambio di competenze tra i professionisti degli ex servizi di ingegneria clinica aziendale con conseguente rafforzamento delle funzioni tecniche;
- promuovere i processi di Horizon Scanning (HS) per individuare, in una ottica previsionale, il possibile impatto sul SSR di tecnologie sanitarie in fase di sviluppo;
- istruttoria delle richieste di acquisizione delle tecnologie sanitarie, effettuate dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, con la finalità di effettuarne una valutazione multidisciplinare, in particolare analizzando l'impatto di tipo organizzativo, economico, di appropriatezza e strategico nell'ambito della programmazione sanitaria regionale;
- definire ed aggiornare linee guida per regolamentare i processi di acquisizione e sostituzione delle grandi tecnologie sanitarie nel SSR, in coerenza con gli investimenti regionali connessi alle diverse fonti finanziarie;
- diffondere la documentazione in materia di HTA (rapporti, linee guida, risultati e raccomandazioni definiti in ambito internazionale, nazionale, regionale ed aziendale) con gli strumenti più idonei, a partire dal sito internet dell'Assessorato, area tematica dedicata.

## **B.5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI**

L'attuazione del presente Accordo di Programma si realizza attraverso le valutazioni condotte, in maniera integrata, con quelle adottate in sede di programmazione attuativa locale da parte dei soggetti



attuatori del programma, coincidenti con le Aziende sanitarie locali ed i competenti Dipartimenti Regionali.

Il monitoraggio sarà condotto in parte, secondo le regole indicate dal Ministero della Salute nell'ambito dei programmi di investimento, attraverso l'utilizzo dell'applicativo "Osservatorio", previsto nell'Accordo sulle Procedure del 28/02/2008, ed in parte attraverso un sistema di monitoraggio regionale che consentirà di gestire l'attuazione delle varie fasi del procedimento di ciascun intervento attraverso reports periodici (trimestrali) sia di tipo finanziario (avanzamento della spesa) sia di tipo tecnico (modalità di attuazione).

### ***B.5.A PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA***

#### ***B.5.a1 Presupposti organizzativi e finanziari***

Le gestione del Programma, intesa come l'insieme delle azioni necessarie affinché si realizzino gli interventi presenti all'interno del Documento Programmatico, è affidata a livello regionale al Dipartimento n.1 "Presidenza" e, in virtù della sua attuale articolazione, al Settore n. 10 "Opere Pubbliche a Titolarità Regionale ed Edilizia Sanitaria", mentre a livello aziendale i principali interlocutori, oltre alle direzioni generali che sovrintendono tutti i processi, sono gli uffici tecnici aziendali.

Ferma restando la stretta collaborazione tra le diverse amministrazioni interessate in ogni fase del programma, al Dipartimento regionale competono tutte quelle attività finalizzate all'attuazione e al monitoraggio dell'Accordo di Programma, previste dagli Accordi Stato-Regioni del 19 dicembre 2002 e del 28 febbraio 2008, mentre alle Aziende i compiti propri delle stazioni appaltanti, laddove gli stessi non vengano svolti, per alcune delle fasi attuative, direttamente dal competente Settore del Dipartimento Regionale "Presidenza".

Lo svolgimento delle suddette attività sarà garantito dalle risorse umane e strumentali attualmente presenti nelle amministrazioni interessate.

### ***B.5.B SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA***

Il sistema di monitoraggio svolge un ruolo fondamentale nella fase di attuazione del programma di investimenti. Esso consente di valutare lo stato di avanzamento del programma e permette, se necessario, di intervenire rimodulando e/o riallineando il programma stesso.

L'attività di monitoraggio condotta dalla Regione Calabria riguarda gli aspetti finanziari, fisico e procedurale.

#### ***B.5.b1 Monitoraggio finanziario***

Il monitoraggio finanziario, finalizzato a raccogliere ed analizzare i dati della spesa effettivamente sostenuta per ciascun intervento dai beneficiari finali e a confrontarli con le previsioni sull'andamento di spesa contenute nei documenti di programmazione, sarà effettuato dalla Regione Calabria attraverso l'applicativo "Gestione Progetti" realizzato nell'ambito del progetto SEC-SISR (Sanità Elettronica Calabria – Sistema Informativo Sanitario Regionale).

Per il monitoraggio finanziario si farà comunque sempre riferimento al "Modulo C" previsto dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sancito il 19 dicembre 2002 concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità e al sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" dell'NSIS.



**B.5.b2 Monitoraggio fisico**

Anche il monitoraggio fisico, che ha lo scopo di fornire informazioni circa l'apertura dei cantieri e lo stato dei lavori di ciascun intervento, sarà effettuato dalla Regione utilizzando gli stessi strumenti previsti per il monitoraggio finanziario.

**B.5.b3 Monitoraggio procedurale**

Considerata la particolare complessità e rilevanza strategico-finanziaria di alcuni interventi presenti nell'Accordo, saranno attuate tutte le procedure previste dalla legge per l'acquisizione dei necessari pareri, nulla osta, autorizzazioni o di altri atti di assenso di altre amministrazioni o soggetti coinvolti, necessari per la realizzazione delle opere.

Sarà altresì monitorato il rispetto dei termini procedurali riguardanti la richiesta di ammissione a finanziamento e l'aggiudicazione dei lavori fissati dall'art. 1, comma 310 della legge n. 266/2005.

Il monitoraggio dello stato di avanzamento del programma compete al Dipartimento n.1 "Presidenza" attraverso il Settore n. 10 "Opere Pubbliche a Titolarietà Regionale ed Edilizia Sanitaria".

Varianti

Il monitoraggio viene svolto, in corso d'opera, relativamente alle varianti che vengono esaminate dal Settore n. 10 "Opere Pubbliche a Titolarietà Regionale ed Edilizia Sanitaria". In tale sede viene effettuata la verifica di conformità della variante al progetto ammesso a finanziamento e alla programmazione sanitaria, sia regionale che statale.

Utilizzo economie

La Regione prima di rilasciare il nulla osta alle Aziende proponenti effettua le necessarie verifiche e valutazioni anche per l'utilizzo delle eventuali economie per eseguire lavori aggiuntivi o integrativi al progetto originario.

Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità

La Regione, annualmente, compila il "Modulo C" previsto dall'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano, del 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità e al sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità".



**C. APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO**

**C.1 - Matrice del Quadro Logico**

**C.2 - Analisi S.W.O.T.**

**C.3 - Obiettivi/Indicatori/Interventi**

**C.4 - Sintesi delle informazioni per autovalutazioni**



## C.1 - Matrice del Quadro Logico

	LOGICA DI INTERVENTO	INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI	FONTI DI VERIFICA
<b>OBIETTIVI GENERALI</b>	<p>OG1: Riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale regionale in termini di maggiore appropriatezza delle prestazioni per acuti e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. L'obiettivo è quello di rimuovere le cause strutturali di insufficienza e inappropriata nell'erogazione dei LEA, attraverso una serie di modifiche organizzative e gestionali che assicurino un'offerta sanitaria adeguata in termini di qualità, sicurezza e innovazione tecnologica, contrastando in tal modo anche il fenomeno della mobilità passiva extraregionale.</p> <p>OG2: Ammodernamento della rete ospedaliera e territoriale regionale attraverso l'adeguamento normativo dei presidi ospedalieri a standard dimensionali, strutturali e qualitativi e potenziamento tecnologico Nel rispetto di quanto stabilito dai suddetti provvedimenti di programmazione regionale nonché dal DM n. 70/2015, l'obiettivo è quello di migliorare l'offerta sanitaria attraverso interventi finalizzati alla messa in sicurezza, alla riorganizzazione funzionale e al potenziamento della dotazione tecnologica dei presidi ospedalieri.</p> <p>OG3: Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale La Regione Calabria è soggetta al Piano di Rientro, che rende indispensabile l'adozione di azioni finalizzate al risanamento del sistema sanitario regionale, nell'ottica della razionalizzazione dei servizi alla collettività e dell'efficace programmazione ed utilizzo delle risorse disponibili, assicurando un rigoroso controllo dell'andamento della spesa sanitaria. L'obiettivo è concretizzabile attraverso azioni volte, da un lato, a garantire economie strutturali all'interno del sistema sanitario regionale, dall'altro, a riqualificare l'assistenza sanitaria migrando verso forme più appropriate e meno costose, capaci di abbattere la mobilità passiva extraregionale. La riqualificazione (anche strutturale e tecnologica) dell'offerta ospedaliera consente un notevole miglioramento della efficacia e della efficienza nell'uso delle risorse con risparmi connessi non solo dalla chiusura di vecchi ospedali, con elevati costi di manutenzione e gestione, ma anche dalla realizzazione di nuove strutture, che consentono grazie alle nuove tecnologie ed ai nuovi standard costruttivi minori costi di gestione e manutenzione, connessi all'efficientamento energetico, alla migliore logistica ed alla concentrazione delle risorse umane e delle infrastrutture in pochi centri di eccellenza in grado di sfruttare al meglio le dotazioni tecnologiche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasso di ospedalizzazione</li> <li>- Posti letto per acuti rispetto alla popolazione residente</li> <li>- Appropriata dei ricoveri</li> <li>- Indice di Fuga - mobilità passiva</li> <li>- Mobilità passiva ospedaliera</li> <li>- Numero di ricoveri inappropriati</li> <li>- Tasso di ospedalizzazione</li> <li>- Indice di Turn-over</li> <li>- Tasso di occupazione</li> <li>- Peso medio DRG</li> <li>- Costi di gestione degli ospedali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ISTAT</li> <li>- Griglia LEA (verifica annuale adempimenti LEA)</li> <li>- Flusso SDO</li> <li>- Modelli CE (Conto Economico)</li> <li>- Modelli CP (costi dei presidi a gestione diretta)</li> <li>- Modelli LA (livelli di assistenza)</li> <li>- Indicatori del PNE (Piano Nazionale Esiti)</li> </ul>



<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	OS1: Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri OS2: Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri OS3: Potenziamento tecnologico OS4: Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale OS5: Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	<ul style="list-style-type: none"><li>- Posti letto ospedalieri</li><li>- Posti letto ospedalieri per 1000 abitanti</li><li>- Tasso di ricoveri fuori regione</li><li>- Indice di Fuga</li><li>- Saldo Mobilità</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Modelli HSP, STS</li><li>- Flusso SDO</li><li>- Flusso FAR</li><li>- Flusso SIAD</li><li>- Flusso EMUR</li><li>- Griglia LEA</li><li>- Flussi Mobilità interregionale</li></ul>
<b>OBIETTIVI OPERATIVI - INTERVENTI</b>	<p><b><u>Primo stralcio interventi – Attuativo</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Adeguamento e potenziamento dell’Ospedale di Crotona</li><li>2. Adeguamento e potenziamento dell’Ospedale di Lamezia Terme</li><li>3. Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza</li><li>4. Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza</li><li>5. Potenziamento Tecnologico del GOM di Reggio Calabria. Acquisto e installazione di un rono proo biplanare</li></ol> <p><b><u>Secondo stralcio interventi – Programmatico</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>6. Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro</li><li>7. Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro</li><li>8. Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini</li></ol> <p><b><u>Terzo stralcio interventi – Programmazione regionale</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Indicatori di realizzazione</li><li>- Numero di interventi attivati ad una certa data</li><li>- Andamento della spesa</li><li>- Stato di avanzamento dei lavori</li><li>- Superficie realizzata ad una certa data sul totale previsto</li><li>- Numero di posti letto attivati</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Regione Calabria (Responsabile Accordo di Programma)</li><li>- Soggetti attuatori (Aree Tecniche delle ASP)</li></ul>



## C.2 - Analisi S.W.O.T.

L'analisi SWOT (Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats) evidenzia i punti di forza e di debolezza del Programma ossia permette di elaborare una sorta di monitoraggio finalizzato alla realizzazione degli obiettivi programmati con il piano, tenendo sotto controllo le criticità bilanciandole con i punti di forza .

Nello specifico l'analisi SWOT comprende le seguenti variabili interne: punti di forza (strenghts) e punti di debolezza (weaknesses), sulle quali è possibile intervenire, e le seguenti variabili esterne: opportunità (opportunities) e minacce (threats), che è necessario monitorare per poter mettere in atto azioni correttive prima che venga compromessa la finalità del progetto.

Il presente programma evidenzia punti di forza, che rafforzano gli obiettivi, ed alcuni punti di debolezza e di rischio che verranno monitorati anche nella fase successiva alla realizzazione dell'intervento, al fine di valutarne gli effetti nel lungo periodo. Così, ad esempio, verrà attentamente monitorato se le procedure amministrative di competenza degli altri enti locali non subiscano rallentamenti tali da condizionare la dilazione dei tempi di realizzazione. Tale disagio potrà essere monitorato per esempio valutando adeguatamente la corretta collaborazione tra istituzioni. Inoltre, sempre come esempio, verrà periodicamente valutato se in alcuni periodi dell'anno aumenteranno le liste di attesa per le prestazioni erogate dalle unità operative oggetto di ristrutturazione dei locali, al fine di non rallentare le attività svolte.

Il tutto viene condensato nella matrice che si riporta di seguito:

	<b>S. PUNTI DI FORZA</b>	<b>W. PUNTI DI DEBOLEZZA</b>
<b>INTERNI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sviluppo e potenziamento della rete ospedaliera sul territorio per offrire una scelta più ampia e appropriata all'utenza;</li> <li>▪ Completamento punti di eccellenza per i ricoveri acuti;</li> <li>▪ Concentrazione e potenziamento di attrezzature/apparecchiature ad alta tecnologia per diagnosi e cura malattie;</li> <li>▪ Messa a norma e in sicurezza dei presidi ospedalieri;</li> <li>▪ Miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale;</li> <li>▪ Miglioramento della fiducia percepita da parte dei pazienti;</li> <li>▪ Riduzione rischio clinico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizzazione degli interventi di ristrutturazione adeguamenti senza interrompere le attività sanitarie;</li> <li>▪ Gestione di tutti gli interventi contemporaneamente;</li> <li>▪ Vincoli del Piano di rientro e dei connessi Programmi Operativi.</li> </ul>
	<b>O. OPPORTUNITA'</b>	<b>T. MINACCE</b>
<b>ESTERNI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Miglioramento dell'offerta sanitaria, sia ospedaliera che territoriale, in termini di qualità, sicurezza e innovazione tecnologica;</li> <li>▪ Realizzazione di nuove strutture, conformi ai più recenti standard ospedalieri nazionali, e contestuale riconversione degli attuali presidi ospedalieri in strutture sanitarie territoriali;</li> <li>▪ Garantire prestazioni sanitarie appropriate, efficaci ed adeguate ai bisogni di salute grazie all'ammodernamento del patrimonio tecnologico;</li> <li>▪ Riduzione del fenomeno della mobilità passiva extraregionale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventi particolarmente complessi che possono richiedere tempi lunghi di realizzazione;</li> <li>▪ Difficoltà ad attivare nuove funzioni sia territoriali che ospedaliere per il perdurare del blocco totale del turn over;</li> <li>▪ Procedure autorizzative vari enti coinvolti.</li> </ul>



C.3 - Obiettivi/Indicatori/Interventi

Obiettivi Generali (OG)	Obiettivi Specifici (OS)	Obiettivi Operativi (OO) - Interventi	Indicatori (* Nota)	
			Descrizione	Valore
OG1 - Riqualficazione della rete ospedaliera e territoriale regionale in termini di maggiore appropriatezza delle prestazioni per acuti e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST1-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	N° nuovi posti letto attivati	≥ 705
		ST3-NO9 - Ampliamento Ospedale Morelli di RC	N° nuovi posti letto attivati	≥ 340
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST1-AD1 – Adeg. e potenz. Ospedale di Crotona	N° U.O. messe a norma	≥ 6
		ST1-AD2 - Adeg. e potenz. Ospedale di Lamezia T.	N° U.O. messe a norma	≥ 15
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST1-AD2 - Adeg. e potenz. Ospedale di Lamezia T.	N° grandi apparecchiature	1
		ST1-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
		ST1-CS4 - Cittadella della Salute di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST1-PT5 - Angiografo biplanare per il GOM di RC	N° grandi apparecchiature	1
		ST1-CS4 - Cittadella della Salute di Cosenza	N° vecchi presidi dismessi	14
	OG2 - Ammodernamento della rete ospedaliera e territoriale regionale attraverso l'adeguamento normativo dei presidi ospedalieri a standard dimensionali, strutturali e qualitativi e potenziamento tecnologico	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST1-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	N° nuovi posti letto attivati
ST3-NO9 - Ampliamento Ospedale Morelli di RC			N° nuovi posti letto attivati	≥ 340
OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri		ST1-AD1 – Adeg. e potenz. Ospedale di Crotona	N° U.O. messe a norma	≥ 6
		ST1-AD2 - Adeg. e potenz. Ospedale di Lamezia T.	N° U.O. messe a norma	≥ 15
OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale		ST1-AD2 - Adeg. e potenz. Ospedale di Lamezia T.	N° grandi apparecchiature	1
		ST1-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
		ST1-CS4 - Cittadella della Salute di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale		ST1-PT5 - Angiografo biplanare per il GOM di RC	N° grandi apparecchiature	1
		ST1-CS4 - Cittadella della Salute di Cosenza	N° vecchi presidi dismessi	14
OG3 - Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale		OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST1-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	N° nuovi posti letto attivati
	ST3-NO9 - Ampliamento Ospedale Morelli di RC		N° nuovi posti letto attivati	≥ 340
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST1-AD1 – Adeg. e potenz. Ospedale di Crotona	N° U.O. messe a norma	≥ 6
		ST1-AD2 - Adeg. e potenz. Ospedale di Lamezia T.	N° U.O. messe a norma	≥ 15
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST1-AD2 - Adeg. e potenz. Ospedale di Lamezia T.	N° grandi apparecchiature	1
		ST1-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
		ST1-CS4 - Cittadella della Salute di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST1-PT5 - Angiografo biplanare per il GOM di RC	N° grandi apparecchiature	1
		ST1-CS4 - Cittadella della Salute di Cosenza	N° vecchi presidi dismessi	14
	OS5 - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	ST1-AD1 – Adeg. e potenz. Ospedale di Crotona	Riduzione n° ricoveri fuori regione dopo 3 anni dall'attivazione nel bacino di interesse	≥ 10%
ST1-AD2 - Adeg. e potenz. Ospedale di Lamezia T.		≥ 10%		
ST1-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza		≥ 10%		
ST1-PT5 - Angiografo biplanare per il GOM di RC		≥ 10%		

(\* Nota: per esigenze di sintesi, si è omissso di riportare tutti gli indicatori descritti nella relativa sezione del documento.



<i>Secondo stralcio interventi – Programmatico</i>				
<i>Obiettivi Generali (OG)</i>	<i>Obiettivi Specifici (OS)</i>	<i>Obiettivi Operativi (OO) - Interventi</i>	<i>Indicatori (* Nota )</i>	
			<i>Descrizione</i>	<i>Valore</i>
OG1 - Riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale regionale in termini di maggiore appropriatezza delle prestazioni per acuti e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST2-NO6 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	N° nuovi posti letto attivati	≥ 350
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	N° nuovi posti letto attivati	≥ 150
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO6 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-CS7 - Cittadella della Salute di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	% su importo investimento	≥ 15%
OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-CS7 - Cittadella della Salute di Catanzaro	N° vecchi presidi dismessi	6	
OG2 - Ammodernamento della rete ospedaliera e territoriale regionale attraverso l'adeguamento normativo dei presidi ospedalieri a standard dimensionali, strutturali e qualitativi e potenziamento tecnologico	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST2-NO6 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	N° nuovi posti letto attivati	≥ 350
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	N° nuovi posti letto attivati	≥ 150
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO6 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-CS7 - Cittadella della Salute di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	% su importo investimento	≥ 15%
OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-CS7 - Cittadella della Salute di Catanzaro	N° vecchi presidi dismessi	6	
OG3 - Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST2-NO6 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	N° nuovi posti letto attivati	≥ 350
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	N° nuovi posti letto attivati	≥ 150
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO6 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-CS7 - Cittadella della Salute di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	% su importo investimento	≥ 15%
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-CS7 - Cittadella della Salute di Catanzaro	N° vecchi presidi dismessi	6
	OS5 - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	ST2-NO6 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	Riduzione n° ricoveri fuori regione dopo 3 anni	≥ 10%
ST2-AD8 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini		dall'attivazione nel bacino di interesse	≥ 10%	

**C.4 - Sintesi delle informazioni per autovalutazioni****Riferimenti assunti dalla programmazione regionale degli investimenti**

RIFERIMENTI	NOTE
DM 02/04/2015, n 70 - "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.";	Interventi di adeguamento e potenziamento della rete ospedaliera coerenti con il DM 70/2015.
Destinazione delle risorse residue a interventi per il rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici su interi presidi ospedalieri con numero di posti letto inferiore a 250 per acuti o a 120 per lungodegenza e riabilitazione (Finanziaria 2006, art. 1, comma 285)	Sono previsti interventi di adeguamento per il PO di Lamezia terme (249 p.l) e per il PO di Crotona (265 p.l.).
Destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15% (Intesa 23 marzo 2005, art. 10)	Si prevede di rispettare tale vincolo considerato che si dovranno acquistare le apparecchiature per il Nuovo Ospedale di Cosenza che al momento non sono quantificabili.
Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere (Nota prot. n. 2749/DGPROG/7-P/l. 6 a h dell'8/2/2006)	Sul sistema Osservatorio risultano disponibili tutti i dati relativi agli AdP già sottoscritti. I dati relativi agli interventi oggetto del presente AdP saranno inseriti dopo aver acquisito il preliminare assenso da parte del Ministero della Salute.
Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo prioritario delle somme stanziare per gli Accordi di programma	L'utilizzo prevalente delle risorse per la costruzione di un nuovo ospedale e per l'adeguamento di altri due presidi ospedalieri risulta in linea con le previsioni del DM 70/2015.

**CORRELAZIONE DELL'ADP CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE**

ATTO CITATO NEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO	NOTE
Piano di rientro	Siglato il 17 dicembre 2009 e recepito con DGR n. 908 del 23/12/2009 e DGR n. 97 del 12/02/2010.
Patto per lo sviluppo della Calabria	Sottoscritto dal Governo e dalla Regione Calabria ed approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 160 del 13 maggio 2016, successivamente riformulato con DGR. n. 3 del 12/01/2018.
DCA n. 119 del 04/11/2016	DCA n. 63/2016 - Approvazione del "Programma Operativo 2016-2018" predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n.191 - Integrazioni e modifiche.
DCA n. 64 del 05/07/2016	P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 03/03/2016.
DCA n. 166 del 13/12/2017	P.O. 2016/2018 - 2.1.7 Parziale modifica DCA 113 del 03/11/2016: Riorganizzazione della Rete Territoriale.



## CORRELAZIONE DELL'ADP CON I FINANZIAMENTI PRECEDENTI

PROGRAMMA	AVANZAMENTO FINANZIARIO QUOTA STATO (%)	NOTE
Programma art. 20 legge 67/88 - Prima fase. (Delibera CIPE 03 agosto 1990)	91%	Sono in corso, con CDP e con il Ministero della Salute, le procedure per la riprogrammazione delle economie del programma.
Accordo di Programma stralcio del 2004. (Delibera CIPE n. 52/98)	70%	Programma in corso
Accordo di Programma integrativo del 2007. (Delibera CIPE n. 52/98)	3%	Programma in corso
Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica. (OPCM 3635/2007) - (Delibera CIPE n. 52/98)	68%	Programma in corso
Programma Materno Infantile. (L. n. 34/96, art. 3 co. 4) (Delibera CIPE 06 maggio 1998)	83%	La Regione intende riprogrammare le risorse residue del programma sempre nell'ambito del settore materno infantile.
Programma AIDS e malattie infettive. (L. n. 135/90)	55%	La Regione intende riprogrammare le risorse relative agli interventi sospesi, sempre nell'ambito delle malattie infettive, alla luce delle sopraggiunte esigenze sanitarie in materia.
Interventi in materia di sicurezza. (L. n. 450 del 1997)	90%	Programma in corso
Potenziamento delle strutture di radioterapia. (L. n. 488/99, art. 28 co. 12)	100%	Programma ultimato
Programma cure palliative – Hospice (L. n. 39/99)	66%	Con decreto del Commissario ad acta n. 77 del 06/07/2015 e s.m.i. è stata riprogrammata la rete regionale di cure palliative e Hospice.
Programma per il Superamento degli OPG. (L. n. 9/2012, art. 3-ter e s.m.i.)	55%	Programma in corso
Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (L. 448/98, art. 71,	0%	Gli interventi originari sono stati revocati e le risorse rifinalizzate per la costruzione dei nuovi ospedali della Piana di Gioia Tauro e di Catanzaro.
Programma di adeguamento alla normativa antincendio. (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013)	0%	Programma in corso

## QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI ADP

ESERCIZIO FINANZIARIO	STATO	REGIONE	PRIVATI	TOTALE
2019	31.500.000,00	1.657.894,74	-	33.157.894,74
2020	20.000.000,00	1.052.631,58	-	21.052.631,58
2021	49.000.000,00	2.578.947,37	38.220.000,00	89.798.947,37
2022	30.000.000,00	1.578.947,37	38.220.000,00	69.798.947,37
2023	30.000.000,00	1.578.947,37	38.220.000,00	69.798.947,37
2024	30.000.000,00	1.578.947,37	38.220.000,00	69.798.947,37
2025	30.000.000,00	1.578.947,37	38.220.000,00	69.798.947,37
2026	9.673.632,10	509.138,53	11.500.000,00	21.682.770,63
2027	9.673.632,10	509.138,53	11.500.000,00	21.682.770,63
<b>TOTALE</b>	<b>239.847.264,19</b>	<b>12.623.540,22</b>	<b>214.100.000,00</b>	<b>466.570.804,41</b>



## ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI DELL'ADP PER TIPOLOGIE

TIPOLOGIA	N. INTERVENTI PER CATEGORIA	LIVELLO DI PROGETTAZIONE			
		STUDIO DI FATTIBILITA'	PROGETTO DI FATTIBILITA' TECNICA ED ECONOMICA	PROGETTO DEFINITIVO	PROGETTO ESECUTIVO
NUOVA COSTRUZIONE	1	1	----	----	----
RISTRUTTURAZIONE/ RICONVERSIONE FUNZIONALE	3	1	2	----	----
ACQUISTO APPARECCHIATURE	1	1	----	----	----
<b>TOTALE</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>----</b>	<b>----</b>

## FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVI

OBIETTIVO SPECIFICO	N. INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI (PPP)	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA %
<b>OS1</b> - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri <b>OS5</b> - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	1	174.705.000,00	9.195.000,00	191.100.000,00	375.000.000,00	80,37 %
<b>OS2</b> - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri <b>OS5</b> - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	2	42.750.000,00	2.250.000,00	----	45.000.000,00	9,64 %
<b>OS3</b> - Ammodernamento tecnologico <b>OS5</b> - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	1	1.492.264,19	78.540,22	----	1.570.804,41	0,34 %
<b>OS4</b> - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale <b>OS5</b> - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	1	20.900.000,00	1.100.000,00	23.000.000,00	45.000.000,00	9,64 %
<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>239.847.264,19</b>	<b>12.623.540,22</b>	<b>214.100.000,00</b>	<b>466.570.804,41</b>	<b>100 %</b>

## FABBISOGNO FINANZIARIO PER CATEGORIE

CATEGORIA	N. INTERVENTI PER CATEGORIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI (PPP)	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA %
<b>OSPEDALI</b>	3	217.455.000,00	11.445.000,00	191.100.000,00	420.000.000,00	90,02 %
<b>ASSISTENZA TERRITORIALE</b>	1	20.900.000,00	1.100.000,00	23.000.000,00	45.000.000,00	9,64 %
<b>APPARECCHIATURE</b>	1	1.492.264,19	78.540,22	----	1.570.804,41	0,34 %
<b>TOTALE</b>	<b>5</b>	<b>239.847.264,19</b>	<b>12.623.540,22</b>	<b>214.100.000,00</b>	<b>466.570.804,41</b>	<b>100 %</b>

## FABBISOGNO FINANZIARIO PER TIPOLOGIE DI INTERVENTO

TIPOLOGIA INTERVENTO	N. INTERVENTI PER TIPOLOGIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI (PPP)	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA %
<b>NUOVA COSTRUZIONE</b>	1	174.705.000,00	9.195.000,00	191.100.000,00	375.000.000,00	80,37 %
<b>RISTRUTTURAZIONE/ RICONVERSIONE FUNZIONALE</b>	3	63.650.000,00	3.350.000,00	23.000.000,00	90.000.000,00	19,29 %
<b>ACQUISTO APPARECCHIATURE</b>	1	1.492.264,19	78.540,22	----	1.570.804,41	0,34 %
<b>TOTALE</b>	<b>5</b>	<b>239.847.264,19</b>	<b>12.623.540,22</b>	<b>214.000.000,00</b>	<b>466.570.804,41</b>	<b>100 %</b>



## VERIFICA DELL'ANALISI DI CONTESTO

	PRESENZA ASSENZA P-A	EVIDENZIAMENTO DI PARTICOLARI FENOMENI
A1 - Quadro demografico della Regione	P	-----
A2 - Quadro epidemiologico della Regione	P	-----
A3 - Quadro della mobilità passiva intra ed extraregionale	P	-----
A4 - Analisi della domanda di prestazioni sanitarie	P	-----
A5 - Analisi dell'offerta	P	-----
A6 - Criticità di accesso ai percorsi diagnostici-terapeutici	P	-----

## ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE

	DATO REGIONALE	NOTE
Numero Posti letto per acuti per 1000 abitanti: <b>Publici</b> <b>Privati</b>	1,88 0,53	Fonte dati DCA 64/2016
Numero Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti: <b>Publici</b> <b>Privati</b>	0,09 0,43	Fonte dati DCA 64/2016
Tasso di ospedalizzazione per acuti.	121,43	Anno 2016
Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per 1.000 residenti.	6,43	Anno 2016
% Anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata.	1,61%	Anno 2016
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti.	177,19	Anno 2018 Residenze sanitarie assistenziali per anziani (R2) Residenze sanitarie assistenziali medicalizzate (R1) Residenze sanitarie assistenziali per disabili (RD4) Case protette per anziani (R3) Case protette per disabili (RD5) Hospice (R1)
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti. Ciclo continuo Ciclo diurno Amb. Sing. Amb. Gruppo Domiciliare	2,64 1,35 9,37 0,27 2,66	Anno 2018 Centri di riabilitazione estensiva extraospedaliera Centri di riabilitazione estensiva extraospedaliera Centri di riabilitazione estensiva extraospedaliera Disturbi comportamento alimentare Centri di riabilitazione estensiva extraospedaliera per autismo (RD3) Strutture residenziali riabilitative psichiatriche (SRP1 – SRP2 – SRP3)



## ANALISI DELL'OFFERTA EX POST PREVISTA A SEGUITO DEGLI INTERVENTI

TIPOLOGIA INTERVENTO	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti.	Il Nuovo Ospedale di Cosenza svolgerà le funzioni sanitarie attualmente svolte dal PO "Annunziata" di Cosenza, dal PO "Mariano Santo" di Cosenza e dal PO "Santa Barbara" di Rogliano.
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie.	Una parte dell'attuale PO "Annunziata" di Cosenza sarà riconvertito in Cittadella della Salute nella quale saranno accorpati i servizi sanitari territoriali e amministrativi del distretto Cosenza-Savuto.
Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 pl per acuti o di 120 pl per lungodegenza e riabilitazione	Sono previsti interventi di adeguamento per il PO di Lamezia terme (249 p.l) e per il PO di Crotone (265 p.l.).

## ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE E PREVISTA DI TECNOLOGIE (STRUTTURE PUBBLICHE)

GRANDI APPARECCHIATURE	OFFERTA REGIONALE ATTUALE		OFFERTA REGIONALE PREVISTA**	
	Numero	Standard*	Numero	Standard*
TAC	36	18	-----	-----
RMN	17	8,5	-----	-----
MAMMOGRAFO	9	4,5	-----	-----
ANGIOGRAFO	8	4	-----	-----
ACCELERATORE LINEARE	8	4	-----	-----
GAMMA CAMERA	6	3	-----	-----
GAMMA CAMERA - TAC	3	1,5	-----	-----
PET-TAC	3	1,5	-----	-----
ROBOT CHIRURGICO	1	0,5	-----	-----

\*Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti

\*\*La scelta delle apparecchiature da acquistare per il Nuovo Ospedale di Cosenza è rinviata alla fase conclusiva dell'intervento.