



DOCUMENTO PROGRAMMATICO



REGIONE CALABRIA

-

**COMMISSARIO AD ACTA
PER IL PIANO DI RIENTRO**

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

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

DOCUMENTO PROGRAMMATICO



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 dall'UOA "Investimenti Sanitari" del Dipartimento "Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari", per l'analisi dei dati del Servizio Sanitario Regionale, dell'offerta di salute e dei sistemi informativi della Regione Calabria.

Contatti

REGIONE CALABRIA

DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE E SERVIZI SOCIO-SANITARI – U.O.A. "INVESTIMENTI SANITARI"

Cittadella Regionale – Località Germaneto – 88100 Catanzaro (CZ)

PEC: ediliziasanitaria.salute@pec.regione.calabria.it

Pasquale GIDARO – Dirigente dell'U.O.A.

p.gidaro@regione.calabria.it

Tel. 0961/85.74.84

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

f.dattolo@regione.calabria.it

Tel. 0961/85.65.25



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.....	4
B.0.3.1 Programma ex art. 20, L. 67/88 - PRIMA FASE	6
B.0.3.2 Programma ex art. 20, L. 67/88 - SECONDA FASE	6
B.0.3.2a Accordo di Programma Stralcio del 16/12/2004	6
B.0.3.2b Accordo di Programma Integrativo del 13/12/2007	8
B.0.3.2c Programma di Potenziamento Funzionale e Innovazione Tecnologica (OPCM 3635/2007)	20
B.0.3.3 Interventi in materia di sicurezza (L. 450/1997).....	21
B.0.3.4 Interventi nel settore materno infantile (L. 34/96, art. 3 comma 4).....	22
B.0.3.5 Programma di interventi per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. 135/90)	22
B.0.3.6 Potenziamento delle strutture di radioterapia (art. 28, comma 12, L. 488/99)	23
B.0.3.7 Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative - Hospice (L. 39/99)	23
B.0.3.8 Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (L. 448/98, art. 71)	24
B.0.3.9 Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (L. 9/2012, art. 3-ter e s.m.i.)	24
B.0.3.10 Programma di adeguamento alla normativa antincendio (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013).....	24
B.0.3.11 Programma di Riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno (Delibera CIPE 32 del 21 marzo 2018)	
B.0.3.12 Programma di interventi nel settore dell'Edilizia sanitaria ed innovazione per i servizi della salute, attuativo del Patto per la Calabria con risorse del Fondo FSC 2014-2020 (ai sensi della Delibera CIPE 26/2016).....	30
B.0.3.13 Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020	29
B.0.3.14 Progetto "Rete Regionale Case della Salute" - Azione 9.3.8 del POR Calabria FESR-FSE 2014/2020	32
B.0.3.15 Programma di ammodernamento tecnologico (art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35).....	
B.0.3.16 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6: Salute	33
B.0.4 La solidità programmatica complessiva - Obiettivi generali e specifici	40
B.0.5 Coerenza interna.....	41
B.0.6 Coerenza esterna	41
B.0.7 Quadro normativo.....	45



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

B.1	ANALISI SOCIO – SANITARIA – ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI	46
B.1.A	LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO	46
B.1.a1	Quadro epidemiologico.....	46
B.1.a2	Quadro demografico	49
B.1.a3	Quadro socio-economico.....	51
B.1.a4	Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso	54
B.1.a5	Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale).....	60
B.1.a6	Offerta ante operam	66
B.1.a7	Analisi e valutazione della continuità assistenziale	71
B.1.B	STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI	78
B.1.b1	Identificazione dei bisogni assistenziali.....	78
B.1.b2	Descrizione della strategia	79
B.2	LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	81
B.2.A	OBIETTIVI DEL PROGRAMMA	81
B.2.a1	Analisi dei problemi e priorità	81
B.2.a2	La catena degli obiettivi.....	81
B.2.a3	Interventi progettuali	86
B.2.a4	Offerta post operam	152
B.2.B	COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	152
B.2.b1	Relazione e complementarità tra le priorità	152
B.2.b2	Analisi dei rischi	153
B.3	COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE	153
B.3.A	COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE E INTERSETTORIALE	153
B.3.a1	Coerenza con le priorità del Quadro Strategico Nazionale	154
B.3.a2	Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale	154
B.3.B	SOSTENIBILTA' DEGLI INTERVENTI.....	155
B.3.b1	Analisi delle condizioni	155
B.3.b2	Sostenibilità economica e finanziaria.....	155
B.3.b3	Sostenibilità amministrativa e gestionale	156
B.3.b4	Sostenibilità di risorse umane	156
B.3.b5	Sostenibilità ambientale.....	156
B.4	RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	158
B.4.A	SISTEMA DI INDICATORI	158
B.4.a1	Indicatori di contesto.....	158
B.4.a2	Indicatori di Programma	162
B.4.a3	Indicatori di Efficacia ed Efficienza	162
B.4.a4	Fonti di verifica	163
B.4.B	IMPATTI DEL PROGRAMMA.....	163
B.4.b1	Accettabilità sociale del Programma.....	163
B.4.b2	Valore aggiunto del Programma	164
B.4.b3	Health Technology Assessment.....	164
B.5	SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	165
B.5.A	PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA.....	165
B.5.a1	Presupposti organizzativi e finanziari	165
B.5.B	SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA.....	166
B.5.b1	Monitoraggio finanziario	166
B.5.b2	Monitoraggio fisico.....	166
B.5.b3	Monitoraggio procedurale.....	166



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

C. APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO	168
C.1 - Matrice del Quadro Logico	169
C.2 - Analisi S.W.O.T.	171
C.3 - Obiettivi/Indicatori/Interventi	172
C.4 - Sintesi delle informazioni per autovalutazioni	174



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.64/2016 e s.m.e.i., DCA n. 65/2020 e s.m.e.i.). 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 parziale delle risorse finanziarie derivanti dalle assegnazioni CIPE, di seguito dettagliate, pari **€ 557.179.888,34**.

Tale Programma, soggetto all'approvazione 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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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. 2 interventi, che la Regione intende realizzare nelle città di Crotona e Lamezia Terme 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)

È 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-NO1)
- B) Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro (COD. ST2-AD3)
- C) Adeguamento funzionale ed impiantistico del presidio Mater Domini (COD. ST2-AD4)

Il quadro programmatico complessivo viene completato da 3 ulteriori interventi riguardanti l'ampliamento del Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria, il Nuovo Ospedale di Cosenza e la Cittadella della Salute di Cosenza, strategici per le finalità della Regione, che non prevedono l'utilizzo di risorse ex art. 20, L. 67/88, le cui iniziative, meglio descritte in seguito, sono state ritenute valutabili, da ultimo con DPCM del 14/09/2022, nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'INAIL:

- a) Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria (COD. ST3-NO2);
- b) Nuovo Ospedale di Cosenza (COD. ST3-NO3);
- c) Cittadella della Salute di Cosenza (COD. ST3-AD5).

B.0.2 Quadro finanziario

Le risorse complessive ex art. 20 L. 67/88 a disposizione della Regione Calabria per dare attuazione alla programmazione regionale ammontano a **€ 557.179.888,34**, per come di seguito specificate:

- € 48.306.495,35 (Delibera CIPE n. 52/1998 - Somma residua al netto dei programmi già attivati);
- € 12.297.297,00 (Delibera CIPE n. 65/2002);
- € 107.967.363,62 (Delibera CIPE n. 97/2008);
- € 89.923.658,91 (Delibera CIPE n. 98/2008);
- € 130.455.585,90 (Delibera CIPE n. 51/2019);
- € 64.878.966,00 (Art. 1, comma 443 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, a valere sulle risorse cui all'art. 1, comma 81 della legge 27 dicembre 2019 n. 160);
- € 64.878.966,00 (Art. 1, comma 442 della legge 30 dicembre 2020, n. 178);
- € 60.813.104,56 (Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 20 luglio 2022, a valere sulle risorse di cui all'art. 1, comma 263 della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

(A valere sulle risorse assegnate alla Regione Calabria ai sensi dell'articolo 1, commi 442 e 443, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, e della relativa tabella, Allegato B, annessa alla medesima, ai sensi dell'art. 1, comma 266 della legge 234 del 30 dicembre 2021, l'importo di € 22.341.549,00 è autorizzato per le finalità di cui all'art. 1, commi 264 e 265 della stessa legge n. 234/2021, e pertanto non è disponibile per la programmazione di ulteriori interventi.)



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Le risorse utilizzate nell'ambito del presente Documento Programmatico ammontano complessivamente a € 280.000.000,00, e comprendono risorse statali e regionali per come di seguito specificato:

- € 242.152.306,51 a carico dello Stato a valere su fondi art. 20, L. 67/88 derivanti dalle seguenti delibere CIPE:
 - n. 52/1998 (€ 48.306.495,35, quale somma residua al netto dei programmi già finanziati);
 - n. 65/2002 (€ 12.297.297,00);
 - n. 97/2008 (€ 107.967.363,62);
 - n. 98/2008 (€ 71.979.728,21, quota parte di € 89.923.658,91 disponibili);
- € 17.571.984,68 a carico dello Stato a valere su fondi art. 71, L. 448/98;
- € 20.275.708,81 a carico della Regione Calabria;
- € 0,00 a carico di privati.

Le residue risorse disponibili a valere sugli stanziamenti sopra esplicitati, complessivamente pari ad € 315.027.581,83, verranno programmate sulla base del quadro di riferimento strategico e delle priorità di intervento che verranno stabilite nei Decreti del Commissario ad Acta per il piano di rientro di riprogrammazione della rete ospedaliera e della rete territoriale, anche in attuazione del quadro di riferimento normativo e programmatico del PNRR.

In aggiunta alle suddette risorse residue si rappresenta che, ai sensi di quanto previsto dell'art. 1 comma 310 della legge n. 266/2005, la Regione Calabria ha chiesto al Ministero della Salute la revoca della somma complessiva di € 49.907.917,68, e la contestuale applicazione del successivo comma 311 ai fini dell'utilizzo della stessa somma per la sottoscrizione di nuovi Accordi di Programma, così dettagliata:

- € 7.600.000,00, a valere "Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica" - OPCM n. 3635/2007 – per l'intervento denominato "Cardiochirurgia del Centro Cuore degli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria" - Codice NSIS 180.000999.F.167 (nota prot. n. 84597 del 22/02/2023);
- € 39.355.468,38, a valere sull'Accordo di Programma integrativo del 13/12/2007, per l'intervento denominato "Complesso Ospedaliero di Catanzaro" - Codice NSIS 180.180000.G.059 (nota prot. n. 84605 del 22/02/2023);
- € 2.952.449,30, a valere sul "Programma di messa in sicurezza del Presidio Ospedaliero Jazzolino di Vibo Valentia" - OPCM n. 3635/2007 (nota prot. n. 84614 del 22/02/2023).

Previa emanazione del suddetto decreto, saranno pertanto disponibili per ulteriori Accordi di Programma risorse statali per complessivi € 364.935.499,51.

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			
€ 42.750.000,00	€ 0,00	€ 2.250.000,00	€ 0,00	€ 45.000.000,00

Le risorse complessive necessarie a dare attuazione allo *stralcio programmatico*, che, come detto, sarà oggetto di successivo AdP, ammontano invece a € 235.000.000,00 secondo il seguente quadro finanziario:

RISORSE STATALI		RISORSE REGIONALI	RISORSE DA PRIVATI	TOTALE
Art. 20, L. 67/88	Art. 71, L. 448/98			
€ 199.402.306,51	€ 17.571.984,68	€ 18.025.708,81	€ 0,00	€ 235.000.000,00



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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);
11. Programma di Riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno (Delibera CIPE 32 del 21 marzo 2018);
12. Programma di ammodernamento tecnologico (art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35).

Sono stati, altresì, attivati i seguenti programmi di intervento a valere su altre risorse nazionali e/o comunitarie:

13. Programma di interventi nel settore dell'Edilizia sanitaria ed innovazione per i servizi della salute, attuativo del Patto per la Calabria con risorse del Fondo FSC 2014-2020 (Delibera CIPE 26/2016);
14. Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020;
15. Progetto "Rete Regionale Case della Salute" - Azione 9.3.8 del POR Calabria FESR-FSE 2014/2020;
16. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6: Salute;
17. Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo Sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio 2019) - Interventi di adeguamento antisismico ed antincendio.
18. Piani triennali di investimento INAIL. Interventi urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria.

Ai fini dell'attuazione degli interventi di edilizia sanitaria nella Regione Calabria l'art. 3, c. 3 del D.L. 10/11/2020, n. 150, recante "Misure urgenti per il rilancio del servizio sanitario della Regione Calabria e per il rinnovo degli organi elettivi", convertito, con modificazioni, nella legge 30 dicembre 2020, n. 181, aggiornato dall'art. 43-quater lettera b) della legge 29 dicembre 2021 n. 233, dispone:



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

“3. I progetti di edilizia sanitaria da finanziare ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, qualunque sia il livello di progettazione raggiunto, compresi gli interventi già inseriti nel Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale, comprensivo del Programma di ammodernamento tecnologico di cui all'articolo 6, comma 5, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, e gli interventi inseriti negli accordi di programma già sottoscritti ai sensi dell'articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e dell'articolo 2, comma 203, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nonché gli altri programmi sottoscritti con il Ministero della salute, sono attuati dal Commissario ad acta anche avvalendosi allo scopo dell'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa Spa - Invitalia, previo parere dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Ove necessario in relazione alla complessità degli interventi, il Commissario ad acta può nominare esperti individuati all'esito di una selezione comparativa effettuata mediante avviso pubblico tra persone di comprovata esperienza ed elevata professionalità, nel rispetto delle previsioni del quadro economico generale degli interventi;

3-bis. *Il Commissario ad acta, per l'attuazione degli adempimenti di cui al comma 3, può avvalersi altresì delle aziende del servizio sanitario della regione Calabria, in qualità di soggetti attuatori, nonché del supporto di strutture regionali e di personale in servizio presso le medesime, posto in posizione di utilizzo a tempo pieno o parziale, con oneri a carico delle amministrazioni o degli enti di appartenenza.*

3-ter. *Nei limiti dell'utilizzo delle risorse trasferite per la realizzazione dei progetti di cui al comma 3, è autorizzata l'apertura di un'apposita contabilità speciale intestata al Commissario ad acta. Gli attuali soggetti attuatori, su richiesta del Commissario ad acta, sono autorizzati a trasferire sulla predetta contabilità speciale le residue risorse finanziarie disponibili per l'attuazione degli interventi inseriti nel Piano”.*

Lo stato di attuazione dei suddetti Programmi di investimento, aggiornato al mese di giugno 2023, è di seguito riportato.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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
TOTALE	198.491.945,85	181.444.099,62	19.564.876,16

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 programmatorio, ha avviato con Cassa Depositi e Prestiti e con il Ministero della Salute 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 stanziato 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 e Urgenza" è stato revocato ed 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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

somma aggiuntiva per la realizzazione del “Nuovo Ospedale della Sibaritide”, ricompreso nell’Accordo di Programma Integrativo del 13/12/2007.

Lo stato di attuazione degli interventi a giugno 2023 è il seguente:

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [euro]	Importo erogato [euro]	Importo residuo [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	1.415.576,75	549.423,25	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	Da avviare
AO "Annunziata" Cosenza	Ospedale "Annunziata " di Cosenza dipartimento di emergenza e accettazione - completamento	10.329.173,98	10.217.001,64	112.172,34	In esercizio
GOM "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
TOTALE		57.169.376,94	39.942.690,88	17.226.686,06	

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. 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, le cui procedure finalizzate alla progettazione e realizzazione sono in corso di esecuzione.

Si precisa, inoltre, che ai sensi dell’art. 3, c. 3 del D.L. 10/11/2020, n. 150, recante “Misure urgenti per il rilancio del servizio sanitario della Regione Calabria e per il rinnovo degli organi elettivi”, convertito, con modificazioni, nella legge 30 dicembre 2020, n. 181, aggiornato dall’art. 43-quater lettera b) della legge 29 dicembre 2021 n. 233, l’attuazione dell’intervento di “Ristrutturazione e messa a norma del presidio ospedaliero di Locri” spetta al Commissario ad acta per il Piano di rientro.

Al riguardo con DCA n. 86 del 17/08/2022, al fine di sostenere e velocizzare l’iter di realizzazione del suddetto intervento, è stato approvato lo schema di Convenzione, da stipulare tra il Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di rientro ed Invitalia S.p.a., per l’affidamento a quest’ultima dei compiti per l’indizione e gestione di tutte le procedure volte alla aggiudicazione dei contratti di lavori, di prestazione di servizi, di acquisto di beni e forniture. La suddetta convenzione è stata sottoscritta in data 20/09/2022, rep. n. 12646.

Con DCA n. 69 del 22/02/2023 il Commissario ad Acta ha disposto, ai sensi dell’art. 32, comma 2 del D.Lgs. n. 50/2016, di procedere alla formale indizione della gara, a cura di Invitalia S.p.A., per l’affidamento dei “Servizi di progettazione definitiva ed esecutiva per la Ristrutturazione e messa a



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

norma del Presidio ospedaliero di Locri". In data 18/04/2023 sono scaduti i termini per la presentazione delle offerte per i suddetti servizi ed Invitalia ha già comunicato l'aggiudicazione del servizio. Sono in corso gli adempimenti propedeutici alla stipula del contratto d'appalto.

B.0.3.2b Accordo di Programma Integrativo del 06/12/2007

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.

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 suddetto Protocollo, 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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Trasferimento delle competenze in regime ordinario alla Regione Calabria

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.

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 finanziario del progetto, 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), è il seguente:

Fonti finanziarie Nuovo Ospedale di Vibo Valentia (Progetto Definitivo - DEC n. 7411 del 06/07/2022)						
Costo complessivo	Fondi Statali		Fondi Regionali		Fondi FSC	Fondi da risorse private (PPP)
	art. 20 L. 67/88 (95%)	L. 135/1990	art. 20 L. 67/88 (5%)	Ulteriori risorse		
190.784.391,62	52.055.792,66	5.204.564,69	2.739.778,56	35.599.864,09	30.400.000,00	64.784.391,62

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 € 4.700.000,00 ed è stato finanziato, per € 3.500.000,00 a valere sulle risorse del Commissario



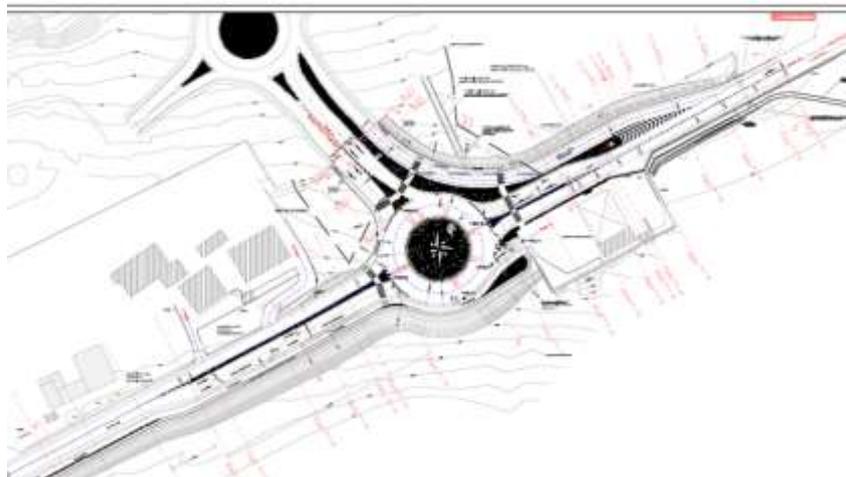


DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Straordinario per la Mitigazione del Rischio Idrogeologico in Calabria e per € 1.200.000,00 a valere su risorse del bilancio regionale. Il progetto esecutivo è stato approvato con il Decreto del RUP del novembre 2018. I lavori sono ultimati e sono attualmente in corso le operazioni di collaudo.

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 del settembre 2016, è stato finanziato l'intervento in oggetto, per l'importo complessivo di € 2.300.000,00, a valere su risorse del bilancio regionale. Il progetto esecutivo è stato approvato con il Decreto del RUP del settembre 2018. I lavori sono ultimati e collaudati.

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. La conferenza di Servizi decisoria sul progetto definitivo si è conclusa con Determinazione positiva del RUP nel mese di giugno 2018.

Sono stati approfonditi gli aspetti tecnici ed economici connessi alla necessità di apportare alcune variazioni al progetto dell'opera, per effetto delle analisi di caratterizzazione ambientale dell'area ospedaliera, che hanno escluso la necessità di interventi di bonifica, ma hanno comportato la necessità di mantenere nell'area ospedaliera i terreni di scavo, con modifica della tipologia fondazionale, nonché per effetto delle prescrizioni imposte da Autorità di Bacino Regionale, Nucleo VIA e VV.FF.

Tenuto conto della significatività delle varianti, tanto in termini tecnici che economici, la Regione Calabria ha richiesto al Concessionario approfondimenti progettuali su ciascuna delle varianti sopra elencate, al fine di limitarne l'impatto sul progetto agli aspetti di assoluta indispensabilità, attestando le scelte progettuali sul livello minimo di costo, sempre nel rispetto delle prescrizioni normative cogenti.

Ai fini dell'approvazione del progetto definitivo, è stato effettuato l'aggiornamento del Piano economico Finanziario della Concessione ed è stato definito lo schema di atto aggiuntivo al contratto di Concessione, in fase di approvazione.

Con DCA n. 31 del 5 aprile 2022 il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria:

- ha approvato il Piano Economico Finanziario di riequilibrio per la realizzazione in regime di finanza di progetto del Nuovo Ospedale di Vibo Valentia;
- ha approvato lo schema di contratto aggiuntivo di concessione, che integra e/o aggiorna gli articoli del Contratto di Concessione del 12 settembre 2014;
- ha stabilito la copertura finanziaria del contributo pubblico per la realizzazione del Nuovo Ospedale;



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- ha stabilito la copertura finanziaria dei canoni annuali previsti nel Piano Economico Finanziario aggiornato, a partire dall'annualità di entrata in esercizio del Nuovo Ospedale.

Con Decreto del RUP n. 4093 del 13 aprile 2022 del RUP, sono stati approvati, in linea tecnica, gli elaborati finali del progetto definitivo del Nuovo Ospedale di Vibo Valentia e gli elaborati finali delle varianti progettuali del Nuovo Ospedale di Vibo Valentia. Con Ordine di Servizio del 19 aprile 2022, il Responsabile del Procedimento ha ordinato al Concessionario di dare avvio alla redazione del progetto esecutivo.

Con Decreto del RUP n. 7411 del 6 luglio 2022 è stato approvato il progetto definitivo del Nuovo Ospedale.

Con Ordine di Servizio n. 7 del 19 aprile 2022, il Responsabile del Procedimento ha ordinato al Concessionario di dare immediato avvio alla redazione del progetto esecutivo completo del Nuovo Ospedale di Vibo Valentia.

Con Ordine di Servizio n. 8 del 12 luglio 2022, il Responsabile del Procedimento ha ordinato al Concessionario:

- di apportare le varianti ai layout del progetto definitivo approvato, secondo le indicazioni indicate nei layout riportati nell'allegato 1 al verbale del 04.07.2022;
- di redigere una specifica perizia estimativa, di livello esecutivo, per ogni variante, il cui elenco è riportato nell'allegato 2 al citato verbale del 04.07.2022 unitamente ai relativi costi stimati;
- di apportare una variante strutturale al progetto definitivo per adeguare le strutture portanti del fabbricato del Nuovo Ospedale alla vigente normativa tecnica sulle costruzioni (e pertanto dalle NTC 2008 alle NTC 2018), senza maggiori oneri per l'Amministrazione derivanti esclusivamente da tale variazione normativa.

La consegna del Progetto Esecutivo dell'edificio ospedaliero è avvenuta in data 24.02.2023; sono attualmente in corso le attività di verifica e successiva approvazione.

Con il citato Ordine di Servizio n. 8 del 12 luglio 2022, il Responsabile del Procedimento ha ordinato

al Concessionario di dare immediato avvio alla redazione del progetto esecutivo stralcio dei lavori prioritari, ai sensi dell'art. 13, comma 1, lett. b) del Contratto di Concessione. Il progetto esecutivo stralcio prevede la realizzazione dei seguenti lavori:

cantierizzazione,
recinzione area ospedaliera, opere di sostegno delle terre,



sistema drenante dei parcheggi, raccolta ed immagazzinamento acque zenitali, movimentazione delle terre e miglioramento delle proprietà meccaniche del terreno di riporto, edificio tecnologico, operazioni propedeutiche all'avvio dei lavori strutturali.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Il Progetto Esecutivo Stralcio dei lavori prioritari è stato approvato con Decreto Dirigenziale n. 2718 del 27 febbraio 2023.

Con DCA n. 97 del 31 marzo 2023 sono stati approvati lo schema di contratto aggiuntivo, teso a regolare i rinnovati rapporti tra il Concessionario ed il Concedente, a seguito dell'approvazione delle varianti per come disposto con il citato decreto n. 7411 del 06.07.2022 e sono stati autorizzati il Dirigente dell'UOA "Investimenti Sanitari" ed il Commissario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia alla sottoscrizione del su citato atto aggiuntivo.

I lavori relativi alla struttura ospedaliera verranno avviati in continuità con quelli dello stralcio prioritario, considerando la necessità di verifica, acquisizione di specifici pareri, autorizzazione sismica ed approvazione del progetto del Nuovo Ospedale, procedure attualmente in corso.

In data 17 maggio 2023, presso l'area di cantiere di Via Giustino Fortunato in Vibo Valentia, è stata effettuata la consegna al Concessionario "Vibo Hospital Service SpA" dei lavori dello Stralcio Esecutivo prioritario del Nuovo Ospedale di Vibo Valentia. I lavori relativi alla struttura ospedaliera verranno avviati in continuità con quelli dello stralcio prioritario, considerando la necessità di verifica, acquisizione di specifici pareri, autorizzazione sismica ed approvazione del progetto del Nuovo Ospedale, procedure attualmente in corso.

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 303 posti letto (DO, DH e DS), oltre a 46 pl tecnici, per un totale di 349 pl. Il quadro finanziario del progetto 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) è il seguente:

Fonti finanziarie Nuovo Ospedale della Sibaritide (Progetto Esecutivo)					
Costo complessivo	Fondi Statali	Fondi Regionali		Fondi FSC	Fondi da risorse private (PPP)
	art. 20 L. 67/88 (95%)	art. 20 L. 67/88 (5%)	Ulteriori risorse		
116.908.964,20	63.375.381,91	3.335.546,42	16.739.809,65	19.260.190,35	14.198.035,87

Il progetto esecutivo dell'opera è stato approvato formalmente dalla Regione Calabria con Decreto n. 5828 del 14 maggio 2019.

L'avvio dei lavori strutturali del Nuovo Ospedale ha subito un arresto per effetto dei problemi finanziari dell'Impresa socio di





DOCUMENTO PROGRAMMATICO

maggioranza della Società concessionaria Tecnis S.p.A., che ha usufruito dei benefici previsti dal Decreto Legislativo 8 luglio 1999, n. 270 e dal Decreto-Legge n. 347 del 2003 (Decreto Marzano) e contestuale applicazione del regime di amministrazione straordinaria da parte del Ministero dello Sviluppo Economico.

Con Decreto del 28 giugno 2019, il Ministero dello Sviluppo Economico ha autorizzato la vendita del ramo d'azienda "Presidi Ospedalieri" della Tecnis, che comprende le concessioni di progettazione, realizzazione e gestione dei Nuovi Ospedali della Piana di Gioia Tauro e della Sibaritide, alla Società D'Agostino Angelo Costruzioni Generali Srl. Il rogito notarile per la voltura del contratto di concessione dalla Tecnis alla D'Agostino Costruzioni è stato registrato in data 22 ottobre 2019.

La Società d'Agostino ha chiesto di acquisire parte delle quote societarie della Cogiatech, socio di minoranza in difficoltà finanziarie, e la Regione Calabria ha formulato il proprio assenso, al riguardo, nel mese di aprile 2020.

In data 3 novembre 2020 è stata effettuata la consegna dei lavori.

È stato avviato a fine giugno 2022 un confronto con il Concessionario per alcune varianti rese necessarie per l'adeguamento dei PS e dei reparti TI e TSI in attuazione DL 34/2020 (con 2 note al Concessionario è stata avanzata richiesta dei fascicoli progettuali delle varianti), definitivamente formalizzate al Concessionario con nota prot. n. 22669 del 18/01/2023, inerenti a: pronto soccorso, diagnostica per immagini, terapia intensiva, terapia sub-intensiva, percorso cardiologico, blocco urgenze e terapie intensive, aspetti di efficienza energetica.

Con Ordine di Servizio del 15 marzo 2023, il RUP ha ordinato al Concessionario: di apportare le varianti al progetto esecutivo approvato, secondo le indicazioni contenute nei layout riportati nell'allegato 1 al verbale del 7-13/03/2023, nonché nella relazione riportata nell'allegato 2 al medesimo verbale; di redigere una specifica perizia di variante in corso d'opera, di livello esecutivo, al progetto esecutivo approvato.

L'avanzamento fisico dei lavori, fino al mese di giugno 2023, è il seguente:

- 1) relativamente al corpo principale sono completati al 100%:
 - ✓ le strutture di fondazione;
 - ✓ i solai a livello -1, 0, +1, +2 e +3;
 - ✓ i 398 pilastri in acciaio, solidarizzati con getto di calcestruzzo;
- 2) sono state definitivamente completate le strutture del Polo Tecnologico incluso il disarmo;
- 3) sono state completate le opere di fondazione della pensilina-passerella per l'accesso all'edificio;
- 4) si prevede la completa ultimazione delle opere strutturali entro il mese di aprile 2023;
- 5) sono state effettuate prove di collaudo statico dei solai del corpo C (19/9/2022), del corpo E (1/2/2023) e del corpo D (24/2/2023), tutte con esito positivo.

Riguardo all'avanzamento contabile, sono stati emessi n. 27 SAL e sono state sostenute spese complessive per oltre 27 M€.

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 297 posti letto (DO, DH e DS), oltre a 42 pl tecnici, per un totale di 339 pl. Il quadro finanziario 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), è il seguente:



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Fonti finanziarie Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro (Progetto Preliminare)							
Costo complessivo	Fondi Statali		Fondi Regionali			Fondi FSC	Fondi da risorse private (PPP)
	art. 20 L. 67/88	art. 71 L. 488/98	art. 20 L. 67/88 (5%)	art. 71 L. 488/98 (30%)	Ulteriori risorse		
158.619.082,26	57.000.000,00	16.952.735,67	3.000.000,00	7.524.916,97	16.475.083,03	8.485.539,65	49.180.806,94

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. 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. Nel mese di marzo 2018, il Responsabile del Procedimento ha emesso l'Ordine di Servizio che ha stabilito il riavvio della progettazione definitiva.

Riguardo al progetto del Nuovo Ospedale, al momento, si stanno approfondendo gli aspetti tecnici ed economici connessi alla necessità di apportare alcune variazioni al progetto dell'opera, per effetto delle analisi geotecniche e sismiche dell'area ospedaliera, che hanno escluso l'esistenza di faglie sismo tettoniche, ma hanno comportato la necessità di spostare, ruotare e compattare l'edificio rispetto alla posizione ed alla configurazione prevista nel progetto preliminare, al fine di scongiurare la necessità di dover realizzare l'edificio in parte con fondazioni dirette ed in parte su pali, con giunti strutturali sulle strutture e sugli impianti. Inoltre, si è reso necessario sviluppare, a livello definitivo, alcune scelte funzionali e sanitarie condivise nei mesi di giugno e luglio 2018 tra la Regione Calabria, l'ASP di Reggio Calabria ed il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro, attraverso nuovi schemi distributivi della struttura ospedaliera, recependo alcune richieste dell'ASP di Reggio Calabria, che hanno richiesto ulteriori rivisitazioni degli schemi distributivi, con modifiche e approfondimenti, specialmente per il Pronto Soccorso e l'inserimento dell'angiografo nel blocco operatorio. Tenuto conto della significatività delle varianti, tanto in termini tecnici che economici, la Regione Calabria ha richiesto al Concessionario approfondimenti progettuali su ciascuna delle varianti su elencate, al fine di limitarne l'impatto sul progetto agli aspetti di assoluta indispensabilità, attestando le scelte progettuali sul livello minimo di costo, nel rispetto delle prescrizioni normative cogenti.

Previa consegna del progetto definitivo, nel mese di novembre 2018 è stata indetta la Conferenza di Servizi. 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.

Previo subentro alla Tecnis S.p.A. della Società D'Agostino Angelo Costruzioni Generali Srl, di cui si è illustrato l'analogo iter relativamente al Nuovo Ospedale della Sibaritide, ad inizio giugno 2020 sono riprese le attività sull'area del Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro con l'esecuzione della Bonifica dagli Ordigni Bellici nell'area ospedaliera, per la quale il Genio Militare ha rilasciato il verbale di validazione in data 15 settembre 2020.

I lavori archeologici, affidati al Concessionario, sono stati avviati in data 21 settembre 2020 e sono stati ultimati in data 12 dicembre 2020. Eseguiti i lavori, è stato acquisito il parere archeologico della Soprintendenza sul progetto definitivo del Nuovo Ospedale ed il RUP ha emesso la Determinazione di conclusione favorevole della Conferenza di Servizi con provvedimento prot. 63938 dell'11/2/2021.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

In esito alle indagini ambientali effettuate per la redazione del Piano di Gestione delle terre e rocce di scavo, è stato accertato il diffuso superamento dei valori di soglia di talune componenti del suolo rispetto ai limiti fissati dalla Tabella A del Codice dell'Ambiente, in molti dei punti indagati. Preso atto delle risultanze suddette, con nota del 01/09/2021, la Regione Calabria ha trasmesso agli Enti interessati la "Comunicazione" ai sensi dell'art. 245, c. 2, del D. Lgs. n. 152/2006. Con propria nota del 21/12/2021, il Comune di Palmi ha indetto la Conferenza di Servizi per l'approvazione del Piano di caratterizzazione predisposto dal Concessionario. In data 16 gennaio 2023 si è tenuta la quarta ed ultima seduta della Conferenza di Servizi, convocata al fine di esaminare il Rapporto finale di ISPRA, relativo



allo studio condotto a seguito di richiesta da parte della Regione Calabria e del Commissario ad acta per il piano di rientro; l'ARPA Calabria, valutato il documento redatto dall'ISPRA, ne ha accettato i contenuti dichiarando, quindi, che il sito del Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro, in Palmi, non è affetto da contaminazione e che i superamenti dei valori di soglia della Tabella 1 dell'Allegato 5 al Titolo V Parte IV del D.Lgs. 152/2006 sono attribuibili a valori di fondo di origini naturali; a fronte della suddetta condivisione, è emerso che, ad eccezione di un unico valore per il Vanadio, tutte le altre misure di concentrazione per i parametri di interesse sono riconducibili ai nuovi valori di fondo, che il sito di realizzazione del Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro è da ritenersi, pertanto, non inquinato e che non si ritiene necessario procedere ad Analisi di Rischio sito-specifica, per come dichiarato dal Comune di Palmi nel provvedimento finale di Conclusione positiva della Conferenza di Caratterizzazione ambientale acquisita al prot. n. 50077 del 3 febbraio 2023.

Conclusasi positivamente la fase di caratterizzazione ambientale delle terre, il Responsabile del Procedimento ha emesso l'Ordine di Servizio n. 7 del 27 febbraio 2023, che ha disposto al Concessionario di presentare entro 90 giorni dalla notifica, e dunque entro il 29 maggio 2023:

- a) il progetto definitivo del "Nuovo Ospedale della Piana" di Gioia Tauro adeguato: alle prescrizioni dei pareri allegati alla Determinazione conclusiva della Conferenza di Servizi sul Progetto Definitivo, prot. n. 63938 dell'11/02/2021; ai rapporti di verifica intermedi del verificatore sul progetto definitivo; alle indicazioni del Concedente, in ordine ai contenuti ed agli sviluppi della progettazione concordati con l'ASP di Reggio Calabria e con la Regione Calabria;
- b) entro i successivi 15 giorni naturali e consecutivi i fascicoli delle varianti progettuali, estrapolate dal progetto definitivo completo.

Le varianti progettuali, rispetto al progetto preliminare approvato, sono inerenti ai seguenti ambiti:



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- Varianti normative connesse all'adeguamento della zona Pronto Soccorso e dei re-parti di Terapia Intensiva e Semintensiva alle linee guida nazionali attuative delle disposizioni dell'art. 2 del DL 34/2020, in materia di emergenza COVID;
- Varianti normative intervenute, inerenti agli impianti;
- Scavo, movimentazione e conferimento a discarica delle terre;
- Modifiche delle aree esterne;
- Varianti distributive dell'edificio;
- Modifiche strutturali.

Con l'Ordine di Servizio n. 8 del 10 maggio 2023 è stata concessa una proroga di 30 giorni al termine di consegna del Progetto Definitivo, da presentare entro il 28 giugno 2023, per la necessità di modificare la viabilità di accesso ai locali interrati del Nuovo Ospedale, per renderla compatibile con il tracciato di interrimento degli elettrodotti di Terna; il termine di presentazione dei fascicoli delle varianti è conseguentemente differito al 12 luglio 2023.

Tenuto conto della significatività delle varianti, tanto in termini tecnici che economici, la Regione Calabria ha richiesto al Concessionario approfondimenti progettuali su ciascuna delle varianti sopra elencate, al fine di limitarne l'impatto sul progetto agli aspetti di assoluta indispensabilità, attestando le scelte progettuali sul livello minimo di costo, sempre nel rispetto delle prescrizioni normative cogenti.

Si valuterà la possibilità di richiedere al Concessionario di sviluppare un progetto esecutivo stralcio di lavori prioritari, relativi alla cantierizzazione ed alle sistemazioni esterne.

Riguardo alle opere complementari alla realizzazione del Nuovo Ospedale, ai fini della risoluzione delle interferenze con gli elettrodotti a 66 kV "Favazzina - Nicotera con derivazione Palmi" e "Melito - Gallico con derivazione Palmi, la società "Terna S.p.a.", previa consegna delle aree interessate dai lavori di interrimento dei cavi, ha avviato i lavori in data 20 aprile 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 mancato accorpamento tra le Aziende, 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".*



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Aspetti finanziari

Con riferimento agli aspetti finanziari dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari sottoscritto il 6 dicembre 2007 dal Ministero della Salute e dalla Regione Calabria, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle successive integrazioni finanziarie intervenute, si rimanda alle Tabelle A1-A2-A3, relative alle fonti di copertura finanziaria dei quadri economici degli interventi.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Tabella A1

Fonti finanziarie Nuovo Ospedale della Sibaritide (Progetto Esecutivo)						
Costo complessivo	Fondi Statali		Fondi Regionali		Fondi FSC	Fondi da risorse private (PPP)
	art. 20 L. 67/88 (95%)	art. 20 L. 67/88 (5%)	art. 20 L. 67/88 (5%)	Ulteriori risorse		
116.908.964,20	63.375.381,91	3.335.546,42	16.739.809,65	19.260.190,35	14.198.035,87	

Tabella A2

Fonti finanziarie Nuovo Ospedale di Vibo Valentia (Progetto Definitivo - DEC n. 7411 del 06/07/2022)						
Costo complessivo	Fondi Statali		Fondi Regionali		Fondi FSC	Fondi da risorse private (PPP)
	art. 20 L. 67/88 (95%)	L. 135/1990	art. 20 L. 67/88 (5%)	Ulteriori risorse		
190.784.391,62	52.055.792,66	5.204.564,69	2.739.778,56	35.599.864,09	30.400.000,00	64.784.391,62

Tabella A3

Fonti finanziarie Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro (Progetto Preliminare)								
Costo complessivo	Fondi Statali			Fondi Regionali			Fondi FSC	Fondi da risorse private (PPP)
	art. 20 L. 67/88	art. 71 L. 488/98	art. 20 L. 67/88 (5%)	art. 71 L. 488/98 (30%)	Ulteriori risorse			
158.619.082,26	57.000.000,00	16.952.735,67	3.000.000,00	7.524.916,97	16.475.083,03	8.485.539,65	49.180.806,94	



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 aggiornato al mese di giugno 2023:

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [euro]	Importo erogato [euro]	Importo residuo [euro]	Stato dei lavori
AO "Annunziata" di Cosenza	Adeguamento normativo del plesso principale del P.O. Annunziata e potenziamento tecnologico	15.000.000,00	13.492.938,62	1.507.061,38	In corso
	Adeguamento normativo degli edifici del P. O. Mariano Santo e potenziamento tecnologico	12.430.000,00	12.305.733,84	124.266,16	In esercizio
	Completamento padiglione dermatologia oncologica del P.O. Mariano Santo e potenziamento tecnologico	2.070.000,00	1.953.943,35	116.056,65	In esercizio
	Adeguamento statico, impiantistico funzionale di alcuni edifici esistenti all'interno dello stabilimento ospedaliero Annunziata di Cosenza	12.000.000,00	9.942.510,17	2.057.489,83	In corso
AO "Renato Dulbecco di Catanzaro" (ex 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
GOM "Bianchi-Melacrino-Morelli" Reggio Calabria	Adeguamento normativo e Potenziamento tecnologico del P.O. Riuniti	15.000.000,00	12.906.934,75	2.093.065,25	In corso
	Completamento e rifunionalizzazione del nuovo presidio Morelli	10.000.000,00	8.670.673,52	1.329.326,48	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	4.540.037,35	459.962,65	In esercizio
TOTALE		105.148.693,00	93.501.102,19	11.647.590,81	



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 sotto-interventi.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dello stato di attuazione degli interventi aggiornato al mese di giugno 2023:

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [euro]	Importo erogato [euro]	Importo residuo [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	339.079,50	107.139,26	In corso
AO "Annunziata" Cosenza	Adeguamento impianto elettrico del P.O. Mariano Santo di Cosenza. (D.M. 30/03/2009).	870.357,10	851.247,86	19.109,24	In esercizio
AO "Renato Dulbecco di Catanzaro" (ex 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 "Renato Dulbecco di Catanzaro" (ex 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
TOTALE		6.556.464,48	6.149.005,56	407.458,92	



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 stanziare 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 aggiornato al mese di giugno 2023:

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [euro]	Importo erogato [euro]	Importo residuo [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 "Renato Dulbecco di Catanzaro" (ex 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
GOM "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
TOTALE		23.046.665,82	12.721.463,58	10.325.202,24	

La Regione intende riprogrammare gli interventi dell'ASP di Catanzaro e dell'AO di Reggio Calabria, che non sono stati realizzati, alla luce delle sopraggiunte esigenze sanitarie connesse all'emergenza COVID-19. Al riguardo sono in corso le interlocuzioni con il Ministero della Salute e con Cassa Depositi e Prestiti al fine di verificare la possibilità di riprogrammare le risorse afferenti ai suddetti interventi nell'ambito del Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato con DCA n. 91/2020 e DCA n. 104/2020 ai sensi del DL n. 34/2020.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 aggiornato al mese di giugno 2023 è riportato nella tabella seguente:

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [Euro]	Importo erogato [Euro]	Importo residuo [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
TOTALE		5.711.710,59	3.788.993,03	1.922.717,56	

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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” previsto nel secondo stralcio programmatico del presente Documento Programmatico.

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 extra-ospedaliere 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.

Entrambi gli interventi sono ultimati ed in esercizio. Le Aziende dovranno richiedere alla Regione il rimborso delle somme spese a valere sull'importo residuo del finanziamento.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dello stato di attuazione degli interventi aggiornato al mese di giugno 2023:

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Costo complessivo [Euro]	Importo erogato [Euro]	Importo residuo [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	5.345.536,19	854.463,81	In esercizio
TOTALE		6.918.444,51	5.345.536,19	1.572.908,32	

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 sopraccitati 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.

Risultano ammessi a finanziamento l'intervento relativo al Poliambulatorio del complesso ospedaliero Pugliese-Ciaccio di Catanzaro (D.M. del 16/02/2018), l'intervento di adeguamento antincendio del PO di Crotone (D.M. 11/07/2018) e gli interventi di adeguamento alla normativa antincendio dei presidi ospedalieri dell'ASP di Cosenza (n. 7 DD.MM. del 22/05/2020).

Di seguito la tabella riepilogativa dello stato attuazione degli interventi aggiornato al mese di giugno 2023.

Ente attuatore	Titolo dell'intervento	Importo complessivo (Stato-Regione) [Euro]	Importo cofinanziamento Aziende [Euro]	Importo erogato [Euro]	Stato dei lavori
ASP CS	Lavori di adeguamento alla normativa antincendio di cui al D.M. 19/03/2015 del PO "San Francesco" di Paola.	191.860,00	120.619,35	0,00	In esercizio
ASP CS	Lavori di adeguamento alla normativa antincendio di cui al D.M. 19/03/2015 del PO "G. Iannelli" di Cetraro.	163.800,00	196.607,64	0,00	In esercizio
ASP CS	Lavori di adeguamento alla normativa antincendio di cui al D.M. 19/03/2015 del Presidio Ospedaliero SPOKE "N. Giannattasio" di Rossano.	112.100,00	531.390,28	0,00	Da avviare
ASP CS	Lavori di adeguamento alla normativa antincendio di cui al D.M. 19/03/2015 del PO "G. Compagna" di Corigliano.	138.200,00	279.521,21	0,00	Da avviare
ASP CS	Lavori di adeguamento alla normativa antincendio di cui al D.M. 19/03/2015 del PO di San Giovanni in Fiore.	106.300,00	326.080,78	0,00	Da avviare
ASP CS	Lavori di adeguamento alla normativa antincendio di cui al D.M. 19/03/2015 del PO "Beato Angelo" di Acri.	103.100,00	302.172,84	0,00	Da avviare
ASP CS	Lavori di adeguamento alla normativa antincendio di cui al D.M. 19/03/2015 del PO SPOKE "Ferrari" di Castrovillari.	70.900,00	585.365,45	0,00	Da avviare
ASP KR	Adeguamento antincendio del PO di Crotone secondo il D.M. 19.03.2015.	500.000,00	0,00	0,00	In esercizio
ASP VV	Adeguamento antincendio ai sensi del D.M. 19 marzo 2015 del Presidio Ospedaliero di Tropea.	395.000,00	0,00	0,00	Da avviare
ASP VV	Adeguamento antincendio ai sensi del D.M. 19 marzo 2015 del Presidio Ospedaliero di Serra San Bruno.	297.000,00	0,00	0,00	Da avviare
ASP RC	Adeguamento normativo e impiantistico ai requisiti di sicurezza antincendio delle cabine elettriche del PO "Tiberio Evoli" di Melito Porto Salvo.	221.000,00	0,00	0,00	Da avviare
ASP RC	Adeguamento normativo e impiantistico ai requisiti di sicurezza antincendio delle cabine elettriche del PO "S. Maria degli Ungheresi" di Polistena.	230.000,00	0,00	0,00	Da avviare
ASP RC	Adeguamento normativo e impiantistico ai requisiti di sicurezza antincendio delle cabine elettriche della struttura ospedaliera di Locri.	230.000,00	0,00	0,00	Da avviare
ASP RC	Adeguamento normativo e impiantistico ai requisiti di sicurezza antincendio delle cabine elettriche della struttura ospedaliera di Gioia Tauro.	140.417,44	0,00	0,00	Da avviare
AO CZ	Lavori di adeguamento alla normativa antincendio della Palazzina Poliambulatorio dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio di Catanzaro. D.M. 18/09/2002 – D.P.R. 01/08/2011 – D.M. 19/03/2015.	200.000,00	0,00	0,00	In esercizio
Totale		€ 5.441.434,99	2.341.757,55	0,00	

Per gli interventi in esercizio le Aziende dovranno richiedere il rimborso delle somme spese.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

B.0.3.11 Programma di Riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno (Delibera CIPE 32 del 21 marzo 2018)

La delibera CIPE n. 32 del 21 marzo 2018, in attuazione del DM 06/12/2017, ha ripartito la quota pari a 100 M€ destina alla riqualificazione e all'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno, ed ha assegnato alla Regione Calabria la somma di € 9.400.000,00, integrato con una quota aggiuntiva a carico della Regione (6%) pari a € 600.000,00.

Per l'utilizzo delle suddette risorse, il competente Settore regionale, con il coinvolgimento delle Aziende Ospedaliere di Cosenza e di Catanzaro e del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria, sedi di centri di radioterapia oncologica, ha definito il Programma di utilizzo delle risorse assegnate, ai fini garantire prestazioni sanitarie radioterapiche più appropriate e ridurre i tempi di attese per l'erogazione delle corrispondenti prestazioni.

Sulla base del quadro esigenziale emerso, e nei limiti delle risorse assegnate, con questo Programma si intendono acquistare tre nuovi acceleratori lineari, corredati della necessaria componentistica ai fini dell'erogazione dei trattamenti, nonché realizzare i necessari lavori edili e impiantistici ai fini dell'installazione delle apparecchiature.

In particolare per l'AO di Cosenza è previsto l'acquisto di un nuovo Acceleratore lineare in aggiunta ai due già presenti, mentre per l'AO di Catanzaro e per il GOM di Reggio Calabria le nuove apparecchiature richieste andranno a sostituire quelle già presenti ritenute oramai obsolete, consentendo in tal modo di abbassare l'obsolescenza media delle apparecchiature presenti in Regione.

L'attuazione del presente Programma, pertanto, consentirà alla Regione di dotarsi di apparecchiature di ultima generazione in grado rispondere alle sempre più complesse esigenze cliniche in campo radioterapico. Si riporta di seguito una tabella riepilogativa del Programma:

Azienda	Intervento	Fondi Statali	Fondi Regionali	Totale
AO CS	Fornitura e installazione acceleratore lineare presso AO "Annunziata" di Cosenza	€ 3.223.867,24	€ 205.778,76	€ 3.429.646,00
AO CZ	Fornitura e installazione acceleratore lineare presso AO "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro	€ 3.371.798,80	€ 215.221,20	€ 3.587.020,00
GOM RC	Fornitura e installazione acceleratore lineare presso GOM "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria	€ 2.804.333,96	€ 179.000,04	€ 2.983.334,00
Totale		€ 9.400.000,00	€ 600.000,00	€ 10.000.000,00

La Regione Calabria con nota prot. n. 436008 del 21/12/2018 ha inviato al Ministero della Salute il proprio Programma di utilizzo delle risorse.

Con nota prot. n. 6950 del 10/03/2020, il Ministero della Salute ha comunicato alla Regione Calabria l'approvazione del Programma richiedendo, altresì, di procedere all'adozione formale dello stesso nonché ad inoltrare le richieste di ammissione a finanziamento degli interventi.

Il programma è stato adottato con DCA n. 75 dell'8/04/2020, avente ad oggetto: "Programma investimenti ex art. 20, L. n. 67/1988 - Riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno. Delibera CIPE 32 del 21 marzo 2018. Adozione Programma regionale".

Con i DD.CC.AA. n. 97, 98 e 99 dell'8/07/2020, il Commissario ad acta ha approvato i progetti predisposti rispettivamente dal GOM di Reggio Calabria, dall'AO di Cosenza e dall'AO di Catanzaro, beneficiarie dei finanziamenti, e contestualmente ha richiesto al Ministero della Salute l'ammissione a finanziamento degli interventi.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Con rispettivi decreti Ministeriali del 24/02/2021 i tre interventi afferenti al Programma sono stati ammessi a finanziamento.

Ai sensi dell'art. 3, c. 3 del D.L. 10/11/2020, n. 150 e s.m.i., il Commissario ad acta per il Piano di rientro della Regione Calabria, ha avviato le iniziative necessarie ai fini dell'attuazione degli interventi afferenti al Programma di radioterapia oncologica, avvalendosi di INVITALIA S.p.a.

La convenzione finalizzata all'avvio delle attività di INVITALIA quale Centrale di Committenza è stata sottoscritta in data 20/09/2022, Rep. n. 12645 del 20/09/2022.

È stato approvato il PFTE del bunker da realizzare presso il PO Annunziata di Cosenza ed è imminente l'avvio delle procedure per l'affidamento dei servizi di progettazione definitiva ed esecutiva da parte di INVITALIA.

Sono in corso di perfezionamento gli atti di gara per la fornitura dei tre acceleratori lineari mediante Accordo Quadro.

B.0.3.12 Programma di ammodernamento tecnologico (art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35).

L'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie, anche in osservanza delle indicazioni previste nel vigente Piano nazionale di governo delle liste di attesa, ha previsto l'autorizzazione per la Regione Calabria della spesa di euro € 82.164.205,00 per l'ammodernamento tecnologico, in particolare per la sostituzione e il potenziamento delle tecnologie rientranti nella rilevazione del fabbisogno 2018-2020 del Ministero della Salute, sulla base dei dati trasmessi dalla Regione tra ottobre e novembre 2017, a valere sulle risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Definito il quadro esigenziale, di concerto con le Aziende del SSR, con DCA n. 183 del 19/12/2019 è stato approvato il Programma di ammodernamento tecnologico ai sensi dell'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35.

Con DCA n. 141 del 06/11/2020, il Commissario ad Acta ha proceduto a modificare ed integrare il "Programma di ammodernamento tecnologico" approvato con DCA n. 183 del 19/12/2019. La rimodulazione si è resa necessaria per effetto delle osservazioni formulate dal Ministero della Salute sul DCA n. 183/2019; dei riscontri pervenuti dalle Aziende del SSR a seguito delle richieste di chiarimenti avanzate con le comunicazioni PEC del 30/07/2020 e con le note prot. n. 309699, n. 309703, n. 309712 del 28/09/2020; del mutato quadro esigenziale del parco tecnologico delle Aziende, anche per effetto dell'emergenza COVID-19; della necessità di acquisire ulteriori apparecchiature per integrare ulteriormente le dotazioni delle Aziende del SSR.

Con DCA n. 5 del 31/01/2022 è stato definitivamente approvato il "Programma di ammodernamento tecnologico" per un importo complessivo pari a € 86.488.636,84, di cui € 82.164.205,00 quale 95 % a carico dello Stato ed € 4.324.431,84 quale 5% a carico della Regione Calabria.

Il Programma prevede l'acquisto e l'installazione di n. 24 TAC (oltre l'aggiornamento di una esistente), n. 15 Risonanze Magnetiche (oltre l'aggiornamento di due esistenti), n. 21 Mammografi, n. 11 Angiografi, n. 2 Gamma Camera, n. 4 Gamma Camera/TAC, n. 3 PET/TAC e n. 2 Acceleratori Lineari.

Di seguito una tabella riepilogativa delle apparecchiature previste.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Apparecchiatura	CND	TIPO	ASP-CS	ASP-KR	ASP-CZ	ASP-VV	ASP-RC	AO-CS	AO-CZ	AO-RC	AO-MD	TOTALE
TAC	Z11030603	TAC 32 strati	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
	Z11030605	TAC 64 strati	0	0	3	2	3	0	0	0	0	8
	Z11030606	TAC 128 strati	3	1	1	1	0	0	0	1	0	7
	Z11030606	TAC 128 strati - Nativa	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	Z11030607	TAC 256 strati (Upgrade)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Z11030607	TAC 256 strati	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5
RISONANZA MAGNETICA	Z11050101	Tomografo settoriale	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	Z11050103	Tomografo a magneti aperto >0,5 Tesla	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
	Z11050105	Tomografo a magneti chiuso 0,5-3,0 T (Upgrade)	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
	Z11050105	Tomografo a magneti chiuso 1,5 Tesla	0	1	1	1	0	0	0	1	0	4
	Z11050105	Tomografo a magneti chiuso 3,0 Tesla	1	0	0	0	0	1	2	2	1	7
MAMMOGRAFO	Z11030202	Mammografo digitale con tomosintesi	11	3	1	1	2	1	0	1	1	21
ANGIOGRAFO	Z11030102	ANGIOGRAFICI E CARDIOLOGICI	2	1	0	0	0	1	1	3	1	9
	Z11030103	ANGIOGRAFI BIPLANARI	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
GAMMA CAMERA	Z11020103	SINGOLA TESTATA - "TOTAL BODY"	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Z11020105	TESTATA MULTIPLA - "TOTAL BODY"	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
GAMMA CAMERA/TAC	Z11020201	SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	0	1	0	0	0	0	1	1	1	4
PET - TAC	Z11020301	SISTEMI TAC/PET	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3
ACCELERATORE LINEARE	Z11010103	ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
			19	10	6	6	7	5	10	13	9	85

Il Nucleo di Valutazione degli Investimenti Pubblici del Ministero della Salute ha espresso il proprio parere sul Programma di ammodernamento tecnologico, con nota prot. n. 16290 del 08/08/2022.

In esito alla positiva valutazione del Programma di ammodernamento tecnologico da parte del Nucleo di Valutazione, la Regione Calabria ha avviato con le Aziende del SSR l'iter finalizzato alla richiesta di ammissione a finanziamento delle apparecchiature ricomprese nel Programma di ammodernamento tecnologico, secondo le modalità previste dall'Accordo per le procedure tra Governo, Regioni e province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008.

Sulla base della documentazione tecnica trasmessa dalle Aziende sono stati predisposti i relativi DCA di approvazione degli interventi e di contestuale richiesta di ammissione a finanziamento al Ministero della Salute.

L'aggiornamento al mese di giugno 2023 prevede l'emanazione di n. 24 DCA di approvazione di interventi e di contestuale richiesta al Ministero della Salute di ammissione a finanziamento, per i quali sono stati emanati i rispettivi decreti ministeriali.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

B.0.3.13 Programma di interventi nel settore dell'Edilizia sanitaria ed innovazione per i servizi della salute, attuativo del Patto per la Calabria con risorse del Fondo FSC 2014-2020 (ai sensi della Delibera CIPE 26/2016).

Con DCA n. 162 del 03/12/2019, n. 184 del 19/12/2019 e n. 70 del 24/03/2020 è stato approvato il “Programma degli interventi nel settore Edilizia sanitaria e innovazione dei servizi per la salute” in coerenza con quanto previsto dal Patto per la Calabria, sottoscritto in data 30 aprile 2016 dal Presidente del Consiglio dei Ministri e dal Presidente della Regione Calabria e con la programmazione sanitaria regionale.

Il suddetto Programma, il cui importo complessivo è pari a € 59.745.730,00, è finanziato con le risorse del Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020 e si compone di n. 5 interventi. In particolare, gli interventi riguardano l’acquisizione di apparecchiature sanitarie da destinare al nuovo Ospedale della Sibaritide, l’esecuzione di lavori finalizzati alla realizzazione dei nuovi Ospedali di Vibo Valentia e della Piana di Gioia Tauro, la ristrutturazione dei locali da adibire a Pronto Soccorso presso il PO di Crotona ed i lavori di adeguamento del Blocco Operatorio di Ginecologia del PO di Soverato.

Si riporta di seguito il quadro riepilogativo degli interventi:

N°	Intervento	Soggetto Attuatore	Importo
1	Nuovo Ospedale della Sibaritide	Regione Calabria	€ 19.260.190,35
2	Nuovo Ospedale di Vibo Valentia	Regione Calabria	€ 30.400.000,00
3	Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro	Regione Calabria	€ 8.485.539,65
4	Ospedale di Crotona - Pronto soccorso	ASP di Crotona	€ 1.300.000,00
5	Ospedale di Soverato - Blocco Operatorio di Ginecologia	ASP di Catanzaro	€ 300.000,00
Totale			€ 59.745.730,00

Sono già stati stipulati i contratti di concessione dei 3 Nuovi Ospedali, della Sibaritide, di Vibo Valentia e della Piana di Gioia Tauro. Sono state sottoscritte le convenzioni tra la Regione Calabria e le ASP di Catanzaro e Crotona, per la disciplina del finanziamento degli interventi. I lavori sul Blocco operatorio del PO di Soverato e del Pronto Soccorso dell’ospedale di Crotona sono in corso di esecuzione.

B.0.3.14 Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020.

Il Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 (cd. Decreto Rilancio), convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, ha emanato una serie di misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19. Con riferimento agli aspetti sanitari, il provvedimento normativo ha previsto un complessivo rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, nelle sue diverse articolazioni, territoriale ed ospedaliera, sia sotto il profilo organizzativo che per quanto attiene al personale sanitario.

In particolare, l’art. 2 del DL n. 34/2020 inerente al Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, ha stabilito che “Le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l’incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all’aumento significativo della domanda di assistenza in



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica.”. Per le suddette finalità, viene resa strutturale sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva ulteriori rispetto agli attuali, in modo da garantire a ciascuna regione e provincia autonoma una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.

L’art. 2 del DL n. 34/2020 ha stabilito, altresì, che le regioni e le province autonome:

- programmino una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. Inoltre, in relazione all’andamento della curva pandemica, per almeno il 50% dei suddetti posti letto di terapia semi-intensiva, deve essere prevista la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio;
- provvedano, nelle strutture ospedaliere destinate al ricovero di pazienti affetti dal COVID-19, a consolidare la separazione dei percorsi rendendola strutturale, assicurando la ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l’individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi;
- implementino i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19;

Con DCA n. 91 del 18/06/2020 e s.m.i, il Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, ha approvato il Documento di riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19 della Regione Calabria (approvato dal Ministero della Salute con decreto del 03/07/2020) ai sensi di quanto stabilito dall’art. 2 del DL n. 34/2020.

Il suddetto documento intende rivedere l’organizzazione della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del DL 34/2020, ed attuarne una revisione a seguito dell’emergenza da SARS-CoV-2 e per eventuali altre emergenze pandemiche che dovessero presentarsi nel tempo.

Il Piano è finalizzato a rendere strutturale la risposta al potenziale aumento della domanda di assistenza, con particolare attenzione al regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree ad alta intensità di cure, correlata all’accrescimento del numero dei soggetti contagiati e della eventuale gravità del decorso clinico, in modo da poter fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche come quella da COVID-19 e, soprattutto, gli eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica.

Con riferimento ai soli interventi di riordino della rete ospedaliera, il Documento approvato con DCA n. 91/2020 e s.m.i. prevede un incremento di n. 134 posti letto di terapia intensiva (n. 13 interventi), rispetto all’attuale dotazione, l’attivazione di n. 136 posti letto di terapia semintensiva (n. 12 interventi), attraverso la riconversione di posti letto in area medica, già presenti nella programmazione regionale di cui al DCA n. 64/2016. Sono, inoltre, previsti n. 18 interventi di riorganizzazione e ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l’obiettivo prioritario di separare i percorsi e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi che garantiscano i criteri di separazione e sicurezza, nonché l’acquisto di n. 9 ambulanze dedicate o dedicabili ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, alle dimissioni protette, ai trasporti interospedalieri no COVID-19.

Per la realizzazione dei suddetti interventi il D.L. 34/2020 ha assegnato alla Regione Calabria risorse complessive pari a € 51.171.973,00.

Si riporta di seguito il quadro riepilogativo degli interventi programmati:



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Interventi programmati con DCA n. 91/2020 e s.m.i.					
Aziende	Presidi Ospedalieri	Posti letto TI	Posti letto T-SI	Interventi PS	Ambulanze
ASP CS	Castrovillari	8	8	1	3
	Rossano	6	10	1	
	Corigliano	---	---	1	
	Paola	4	---	1	
	Cetraro	---	8	1	
ASP KR	Crotone	3	8	1	---
ASP CZ	Lamezia Terme	6	8	1	3
	Soverato	---	---	2	
ASP VV	Vibo Valentia	6	3	1	---
ASP RC	Locri	8	4	1	3
	Polistena	6	6	1	
	Melito Porto Salvo	---	---	1	
	Gioia Tauro	---	---	1	
AO CS	"Annunziata" - Cosenza	34	28	2	---
AO CZ	"Pugliese" - Catanzaro	15	15	1	---
AOU CZ	"Policlinico Universitario" - Catanzaro	18	11	---	---
GOM RC	PO "Riuniti" - Reggio Calabria	20	27	1	---
Totale		134	136	18	9

Con ordinanza n. 29 del 09/10/2020, il Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 ha nominato le Aziende del SSR della Regione Calabria Soggetti Attuatori dei rispettivi interventi inseriti nel Documento di cui al DCA n. 91/2020 e s.m.i.

Il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria, per il tramite della competente UOA, svolge un ruolo di coordinamento delle Aziende e di interfaccia con il Ministero della Salute.

In particolare, effettua il monitoraggio dello stato di attuazione delle procedure relative agli interventi in corso, che viene trasmesso al Ministero della Salute ed al Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19, nonché le attività di coordinamento previste dal Disciplinare di attuazione economico-finanziaria e relativa rendicontazione delle spese, predisposto dal Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19.

Per quanto attiene allo stato di attuazione degli interventi ricompresi nel Piano di riorganizzazione, ad oggi risultano attivati n. 4 pl di TI presso il PO di Paola (CS), n. 8 pl di TI presso il PO di Castrovillari (CS), n. 6 pl di TI presso il PO Pugliese-Ciaccio di Catanzaro (CZ), n. 6 pl di TI e n. 11 pl di TSI presso l'AOU Mater Domini di Catanzaro (CZ). Si precisa che l'AOU Mater Domini di Catanzaro ha comunicato di aver già attivato i 6 pl di TI e gli 11 pl di TSI, essendo già in possesso delle necessarie attrezzature e che, conclusa la fase di progettazione, procederà ad eseguire i lavori di adeguamento finanziati con il DCA n. 91/2020.

Risulta, inoltre, concluso l'intervento del PS di Corigliano, nonché acquistate n. 3 ambulanze dall'ASP di Catanzaro e n. 3 ambulanze dall'ASP di Cosenza. Sono, invece, in fase di consegna n. 3 ambulanze all'ASP di Reggio Calabria.

Da ultimo, si rappresenta che l'intero "Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni italiane" con Decreto Direttoriale n. MDS-DGPROGS-84 del 22/10/2021, relativo ai piani di riorganizzazione presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome in attuazione all'art. 2 del DL 34/2020, è stato inserito nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia per la Linea di Intervento 1.1



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”, parte integrante della MISSIONE 6 - COMPONENTE 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale”.

B.0.3.14 Progetto "Rete Regionale Case della Salute" - Azione 9.3.8 del POR Calabria FESR-FSE 2014/2020

Al fine di accelerare la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria, tra cui anche le Case della Salute, ai sensi del dell'art. 6, c. 4 del D.L. n. 35/2019, in data 16/04/2020 è stata stipulata specifica convenzione quadro, il cui schema è stato approvato con DCA n. 75/2020, tra il Commissario ad acta per il piano di rientro e INVITALIA, attraverso la quale le Aziende del SSR possono avvalersi del supporto di INVITALIA che assume le funzioni di Centrale di Committenza sia per le procedure relative alla progettazione degli interventi che per quelle relative all'affidamento dei lavori. Alla suddetta convenzione hanno aderito tutte le Aziende del SSR.

Considerato che da una ricognizione sullo stato delle attività è emerso che i cronoprogrammi di tutti gli interventi vanno oltre il termine di chiusura del PAC 2007/2013, il Progetto “Case della Salute”, a seguito del parere di coerenza programmatica rilasciato dall'autorità di Gestione del POR Calabria FESR FSE 2014/2020 con nota n. 359017 del 13/08/2021, con decreto dirigenziale n. 8630 del 20/08/2021 proposto dal Settore Edilizia Sanitaria, è stato ammesso nell'ambito del POR Calabria FESR FSE 2014/2020 per un importo complessivo di 48.952.332,43 euro.

Sono state sottoscritte le nuove convenzioni con le Aziende interessate ai fini dell'attuazione degli interventi.

Per le Case della Salute di Mesoraca e Chiaravalle i lavori sono in corso di esecuzione. Per le altre Case della Salute sono in corso le interlocuzioni tra INVITALIA e le Aziende competenti, finalizzate alla definizione della documentazione necessaria per l'indizione delle gare di progettazione o di affidamento dei lavori.

Si precisa che le Aziende, in quanto beneficiarie del finanziamento, svolgono le funzioni di Soggetti Attuatori degli interventi cui compete, pertanto, la realizzazione delle opere.

Di seguito la tabella riepilogativa dello stato di attuazione degli interventi aggiornato al mese di giugno 2023:

Interventi	Tipologia intervento	Importo stanziato	Note
Casa della Salute di San Marco Argentano	Ristrutturazione	€ 8.149.648,89	- Effettuata la verifica di vulnerabilità sismica dalla struttura. - Approvato il PFTE con deliberazione aziendale. - In fase di definizione, tra l'ASP di Cosenza e INVITALIA, gli atti convenzionali per lo svolgimento delle funzioni di Centrale di Committenza.
Casa della Salute di Cariati	Ristrutturazione	€ 9.172.683,54	- Approvato il PFTE con deliberazione aziendale. - In fase di definizione, tra l'ASP di Cosenza e INVITALIA, gli atti convenzionali per lo svolgimento delle funzioni di Centrale di Committenza.
Casa della Salute di Mesoraca	Ristrutturazione	€ 5.500.000,00	- Approvato il progetto esecutivo con delibera Aziendale n. 192 del 16/04/2021; - Aggiudicati i lavori con delibera Aziendale n. 642 del 26/10/2021; - Lavori in corso.
Casa della Salute di Chiaravalle	Nuova costruzione	€ 8.100.000,00	- Approvazione del progetto esecutivo con delibera Aziendale n. 15 del 09/01/2019; - Aggiudicazione dei lavori con provvedimento del 18/05/2021 di INVITALIA S.p.A., nella qualità di Centrale di Committenza; - Lavori in corso.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Casa della Salute di Scilla	Ristrutturazione	€ 8.270.000,00	- Aggiudicazione dei servizi tecnici di indagine e progettazione con provvedimento n. 241930 del 04/10/2021 di INVITALIA S.p.A., nella qualità di Centrale di Committenza; - Progettazione in corso.
Casa della Salute di Siderno	Ristrutturazione	€ 9.760.000,00	- Aggiudicazione dei servizi tecnici di indagine e progettazione con provvedimento n. 243098 del 05/10/2022 di INVITALIA S.p.A., nella qualità di Centrale di Committenza; - Progettazione in corso.

Considerato quanto rappresentato nel corso della seduta del Comitato Tecnico di Indirizzo del POR 2014/2020, tenutasi lo scorso 09/03/2023, ovvero che, al fine di renderle disponibili per una eventuale riprogrammazione “..... le risorse - che si ipotizza di non riuscire ad utilizzare entro la fine dell’anno – laddove impegnate, devono essere liberate nell’ambito del presente Comitato Tecnico o a strettissimo giro.” e viste le previsioni di spesa al 31/12/2023 comunicate dalle Aziende del SSR interessate, con decreto dirigenziale n. 4504 del 29/03/2023 si è proceduto a disimpegnare l’importo di € 37.627.332,43 che si prevede di non spendere entro il 31/12/2023.

Al Riguardo, nella “Proposta di riprogrammazione per la messa in sicurezza del POR Calabria FESR-FSE 2014-2020.” del 02/02/2023, è stata prospettata l’individuazione di una nuova copertura finanziaria (PR 21/27 o altra fonte finanziaria) in grado di garantire il completamento delle sei Case della Salute.

B.0.3.16 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6: Salute

La Missione M6 del PNRR è dedicata al tema della Salute e stanZIA 15,63 miliardi di € per le due componenti C1 e C2 della Missione e cita l’approccio “One-Health” come riferimento per una riforma che definisca un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico:

- ✓ Componente C1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – 7 M€ di stanziamenti;
- ✓ Componente C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: 8,63 M€ di stanziamenti.

In data 30/05/2022 è stato sottoscritto tra il Ministro della salute ed il Presidente della Regione Calabria – Commissario ad Acta per il Piano di Rientro, il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l’attuazione del Piano Operativo Regionale della Calabria – PNRR – M6 Salute e, ai sensi dell’art. 3 del medesimo CIS, è stato nominato Referente Unico Regionale il Dirigente dell’Unità Organizzativa Autonoma “Investimenti sanitari” del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari”.

Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima.

Il decreto 06 agosto 2021 del Ministero dell’Economia e delle Finanze “Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”, pubblicato in G.U. n. 229 del 24 settembre 2021, prevede, in particolare, alla Missione 6 - Componente 1:

- ✓ l’Investimento 1.1 “Casa della Comunità e presa in carico della persona”;
- ✓ l’Investimento 1.2 “Casa come primo luogo di cura”, (Sub-Investimento 1.2.2 COT);
- ✓ l’Investimento 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Ai fini della sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo relativo agli interventi da attuare nella Regione Calabria nell'ambito del PNRR - Missione 6 - Componenti 1 e 2, con il DCA n. 59 del 24 aprile 2022, è stato approvato l'elenco degli interventi del Piano Operativo Regionale che comprende, per la Componente 1, la realizzazione di:

- n. 61 Case della Comunità
- n. 21 Centrali Operative Territoriali
- n. 5 interventi di interconnessione aziendale delle suddette Centrali Operative Territoriali
- n. 5 interventi di fornitura di device per le suddette Centrali Operative
- n. 20 Ospedali di Comunità.

Le Case della Comunità

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. È prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati come autorità responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati.

Il progetto di investimento consiste nella creazione e nell'avvio di strutture sanitarie che consentano l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta integrata alle esigenze di assistenza.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo di € 84.677.262,22, quale Investimento 1.1, per la realizzazione di n° 57 Case della Comunità. Con DGR n. 174 del 30/04/2022 la Giunta regionale ha dettato indirizzi programmatici per la realizzazione di ulteriori n. 4 Case di Comunità, a valere su risorse PSC, per l'importo complessivo di € 6.000.000,00.

Le 61 Case della Comunità (CdC) previste nella regione Calabria dovranno essere dotate di attrezzature tecnologiche, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), mediante l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza primaria, e la realizzazione di centri di erogazione dell'assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta multi professionale.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti.

Ente del SSR	Numero Case della Comunità da edificare	Numero Case della Comunità da ristrutturare	Totale
ASP Cosenza	4	18	22
ASP Catanzaro	1	10	11
ASP Crotone	0	6	6
ASP Vibo Valentia	0	5	5
ASP Reggio Calabria	0	17	17
Totale	5	56	61



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Le strutture deriveranno preferenzialmente da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, con una superficie media di circa 800 mq.

Le Centrali Operative Territoriali

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo di € 3.288.425,00, quale Investimento 1.2.2, per la realizzazione di n° 19 Centrali Operative Territoriali, oltre ad € 1.350.357,71, per l'interconnessione aziendale delle medesime centrali nonché ulteriori € 1.837.607,58 per la fornitura di device, afferenti al medesimo Investimento. Con DGR n. 174 del 30/04/2022 la Giunta regionale ha dettato indirizzi programmatici per la realizzazione di ulteriori n. 2 COT, a valere su risorse PSC, per l'importo complessivo di € 700.000,00, comprensivi di device e interconnessione.

Le 21 Centrali Operative Territoriali (COT) costituiranno uno strumento organizzativo innovativo che svolgerà una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza. L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e sociosanitari.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti.

Ente del SSR	Numero Centrali Operative Territoriali da edificare	Numero Centrali Operative Territoriali da ristrutturare	Totale
ASP Cosenza	0	7	7
ASP Catanzaro	2	2	4
ASP Crotone	0	2	2
ASP Vibo Valentia	0	2	2
ASP Reggio Calabria	0	6	6
Totale	2	19	21

Le strutture deriveranno da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, con una superficie complessiva di circa 150 mq.

Gli Ospedali di Comunità

L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Anche in questo caso l'implementazione dell'intervento beneficerà di strumenti di coordinamento tra i livelli istituzionali coinvolti.

La relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo € 37.634.338,76, quale Investimento 1.3, per la realizzazione di n°



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

15 Ospedali di Comunità. Con DGR n. 174 del 30/04/2022 la Giunta regionale ha dettato indirizzi programmatici per la realizzazione di ulteriori n. 5 Ospedali di Comunità, a valere su risorse PSC, per l'importo complessivo di € 12.500.000,00.

I 20 Ospedali di Comunità (OdC) saranno strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti.

Ente del SSR	Numero Ospedali di Comunità da edificare	Numero Ospedali di Comunità da ristrutturare	Totale
ASP Cosenza	0	9	9
ASP Catanzaro	1	3	4
ASP Crotona	0	1	1
ASP Vibo Valentia	0	2	2
ASP Reggio Calabria	0	4	4
Totale	1	19	20

Le strutture deriveranno preferenzialmente da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, con una superficie media di circa 1100 mq.

Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Il decreto 06 agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione", pubblicato in Gazzetta Ufficiale – serie generale n. 229 del 24 settembre 2021, prevede, in particolare, alla Missione 6 - Componente 2:

- ✓ l'Investimento 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero", suddiviso nel Sub-investimento: 1.1.1 "Digitalizzazione" e nel Sub-investimento: 1.1.2 "Grandi Apparecchiature";
- ✓ l'Investimento 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile".

Ai fini della sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo relativo agli interventi da attuare nella Regione Calabria nell'ambito del PNRR - Missione 6 - Componenti 1 e 2, con il DCA n. 59 del 24 aprile 2022, è stato approvato l'elenco degli interventi del Piano Operativo Regionale che comprende, per la Componente 2, la realizzazione di:

- n. 11 interventi di Digitalizzazione dei DEA di I e II livello
- n. 286 interventi per la fornitura e installazione di grandi apparecchiature
- n. 6 interventi di adeguamento/miglioramento sismico di presidi (PNRR)
- n. 7 interventi di adeguamento/miglioramento sismico di presidi (PNC)
- n. 1 intervento di implementazione di 4 nuovi flussi informativi
- n. 1 intervento di organizzazione ed erogazione del corso di formazione in infezioni ospedaliere ai dipendenti del SSR.

Investimenti in apparecchiature elettromedicali di alta tecnologia

L'investimento consentirà di migliorare la digitalizzazione dell'assistenza e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità attraverso l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti o fuori uso (vetustà maggiore di 5anni) con modelli tecnologicamente avanzati: TAC a 128 strati, risonanze



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

magnetiche 1.5 T, acceleratori lineari, sistemi radiologici fissi, angiografi, gamma camere, gamma camere/TAC, PET-TAC, mammografi ed ecotomografi.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo di € 44.753.062,11, a valere sulla Missione 6, Componente 2, Sub-Investimento 1.1.2, per la fornitura e posa in opera di n° 286 grandi apparecchiature.

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione Calabria in termini di numerosità di apparecchiature, dettagliato per tipologia e per Ente del SSR è il seguente:

ENTE del SSR	TA C	RMN	ACC. LIN.	SIST. RAD.	ANG.	G.C.	MAM.	G.C. - TAC	PET - TAC	ECOT.	ULT. APP.	Totale
ASP Cosenza	3	2	0	0	2	0	4	0	0	39	18	68
ASP Crotona	1	0	0	1	0	0	2	0	0	13	2	19
ASP Catanzaro	0	0	0	4	0	0	0	0	0	14	6	24
ASP Vibo Valentia	0	0	0	5	0	0	2	0	0	16	4	27
ASP Reggio Calabria	0	0	0	4	0	0	2	0	0	36	7	49
AO Cosenza	1	0	0	3	0	1	0	0	0	15	3	23
AO Catanzaro	2	0	1	2	1	0	1	0	0	10	4	21
AOU Catanzaro	0	0	0	2	0	0	0	0	0	10	4	16
GOM Reggio Calabria	2	0	0	5	0	0	1	0	0	29	2	39
Totale	9	2	1	26	3	1	12	0	0	182	50	286

Investimenti in digitalizzazione dei DEA di I e II livello

L'investimento consentirà di migliorare la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sede di DEA (Dipartimenti di emergenza e accettazione) di I livello e di II livello. Ogni struttura ospedaliera informatizzata deve disporre di un centro di elaborazione di dati (CED) necessario per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera e sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo di € 54.573.930,99, a valere sulla Missione 6, Componente 2, Sub-Investimento 1.1.1, per la realizzazione di n° 11 interventi di digitalizzazione.

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione per Ente del SSR, per tipologia di struttura (DEA I o II livello) e intervento di digitalizzazione è il seguente:

ENTE del SSR	Titolo Progetto	Presidio ospedaliero	DEA
ASP Cosenza	Informatizzazione e digitalizzazione DEA I° livello dello Spoke di Rossano-Corigliano	P.O. Corigliano /Rossano	DEA I
ASP Cosenza	Informatizzazione e digitalizzazione DEA I° livello dello Spoke di Castrovillari	P.O. Paola/Cetraro	DEA I
ASP Cosenza	Informatizzazione e digitalizzazione DEA I° livello dello Spoke Paola-Cetraro	P.O. Castrovillari	DEA I
ASP Crotona	Sviluppo del sistema informativo ospedaliero del PO di Crotona	P.O. di Crotona	DEA I



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

ASP Catanzaro	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	PO Lamezia Terme	DEA I
ASP Vibo Valentia	Implementazione dotazione hardware e software	P.O.Vibo Valentia	DEA I
ASP Reggio Calabria	PNRR - Interventi finalizzati alla digitalizzazione del DEA di 1° livello del PO di Locri (RC)	P.O. Locri	DEA I
ASP Reggio Calabria	PNRR - Interventi finalizzati alla digitalizzazione del DEA di 1° livello del PO di Polistena (RC)	P.O. Polistena	DEA I
AO Cosenza	Sviluppo del sistema informativo ospedaliero	Annunziata/S. Barbara/Mariano Santo	DEA II
AO "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro /AOU "Mater Domini" Catanzaro	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	PO "Pugliese" /PO Germaneto e Uffici Amministrativi	DEA II
GOM Reggio Calabria	Sviluppo dei sistemi informativi aziendali del GOM "Bianchi- Melacrino-Morelli"	G.O.M. "BIANCHI-MELACRINO-MORELLI" REGGIO CALABRIA	DEA II

Interventi di adeguamento/miglioramento sismico delle strutture sanitarie

L'investimento consentirà di adeguare alcune delle principali strutture ospedaliere regionali alle normative antisismiche. L'investimento si riferisce in particolare agli interventi di adeguamento sismico o di miglioramento delle strutture ospedaliere individuate nell'indagine delle esigenze espresse dalla Regione Calabria.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria gli importi di € 24.042.738,10, per la realizzazione di n. 6 interventi finanziati a valere sulle risorse del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) e di € 54.569.791,21, per la realizzazione di n. 7 interventi finanziati a valere sul PNC.

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione Calabria, in termini di numerosità di interventi, dettagliato per Ente del SSR è il seguente:

ENTE del SSR	Titolo intervento (PNRR)	Costo intervento [€]
ASP Reggio Calabria	<i>Ospedale Generale "Giovanni XXIII"</i>	3.194.524,79
GOM Reggio Calabria	<i>GOM "Bianchi-Melacrino Morelli" Reggio Calabria</i>	3.868.800,00
AO Cosenza	<i>AO "Annunziata" Cosenza</i>	2.664.520,00
AO "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro	<i>AO "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro</i>	2.031.632,00
ASP Vibo Valentia	<i>PO "Jazzolino" di Vibo Valentia</i>	10.804.607,31
AO "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro	<i>AO "Pugliese Ciaccio" Catanzaro</i>	1.478.654,00
ENTE del SSR	Titolo intervento (PNC)	
<i>AO Cosenza</i>	<i>AO "Annunziata" Cosenza - Edificio 1939</i>	15.335.781,06
<i>AO Cosenza</i>	<i>AO "Annunziata" Cosenza - Edificio Malattie Infettive</i>	3.558.201,40
<i>ASP Cosenza</i>	<i>PO di S. Giovanni in Fiore</i>	5.638.280,00
<i>ASP Catanzaro</i>	<i>PO di Soverato</i>	5.095.268,00
<i>ASP Catanzaro</i>	<i>PO di Lamezia Terme</i>	18.192.410,75
<i>ASP Cosenza</i>	<i>PO di Trebisacce</i>	1.084.450,00
<i>ASP Cosenza</i>	<i>PO di Praia a Mare</i>	5.665.400,00

B.0.3.16 Piani triennali di investimento INAIL. Interventi urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria.

Con note prot. n. 147380 del 25/03/2022 e prot. n. 334114 del 18/07/2022 la Regione Calabria, nell'ambito delle Iniziative di investimento immobiliare di elevata utilità sociale dell'INAIL nel campo



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

dell'edilizia sanitaria, ha proposto al Ministero della Salute la rimodulazione di alcuni interventi di proprio interesse, già ritenuti valutabili con i DPCM del 23/12/2015, del 24/12/2018 e del 04/02/2021.

La suddetta proposta di rimodulazione è stata recepita con il DPCM del 14/09/2022, secondo quanto di seguito riportato:

Azienda	Presidio/Ospedale/Padiglione	Intervento	Importo iniziale	Importo rimodulazione
GOM Reggio Calabria	Ospedale "Morelli" di Reggio Calabria	Ampliamento Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria	180.000.000,00	270.000.000,00
	Nuovo Ospedale "Morelli" di Reggio Calabria – Blocco Mare A	Completamento polo onco-ematologico del nuovo Ospedale Morelli	10.000.000,00	12.700.000,00
	Ospedale "Morelli" di Reggio Calabria	Realizzazione della Palazzina Uffici e della Foresteria	0,00	13.000.000,00
ASP Crotona	Nuova realizzazione	Realizzazione nuovo edificio polifunzionale	14.000.000,00	14.000.000,00
ASP Reggio Calabria	PO "Santa Maria degli Ungheresi" di Polistena – Tutti i Padiglioni	Riqualificazione strutturale ed adeguamento normativo	35.702.321,75	35.702.321,75
AO Catanzaro	Nuovo Ospedale di Catanzaro	Realizzazione del nuovo Ospedale di Catanzaro.	86.800.000,00	86.800.000,00
AO Cosenza	AO "Annunziata" Cosenza	Realizzazione nuovo Ospedale di Cosenza	191.100.000,00	349.000.000,00
	AO "Annunziata" Cosenza	Cittadella della Salute di Cosenza	0,00	45.000.000,00

È in corso di predisposizione, da parte dei soggetti competenti, la documentazione tecnica preliminare richiesta da INAIL al fine di poter esprimere la propria valutazione tecnico-economica sull'investimento.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 dotazione 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 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;
- la realizzazione di nuove strutture ospedaliere, per far fronte alle attuali criticità di presidi esistenti (Nuovo Ospedale 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 (Cittadella della Salute di 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;
- 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'ammodernamento del patrimonio tecnologico volto a garantire prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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. 65/2020), nonché nel quadro più ampio del Programma Operativo 2022-2025, approvato con DCA n. 162 del 18/11/2022, 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 03/03/2016". 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, si farà riferimento ai seguenti programmi.

- Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo Sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio 2019).

A valere sul fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo Sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, con DCA n. 8 del 10/01/2022 si è proceduto ad approvare il Piano di interventi di adeguamento sismico e antincendio, nonché lo schema di accordo, ai sensi dell'art. 15 della L. 241/90, inerente alle Modalità di erogazione del suddetto fondo, che dovrà essere sottoscritta dal Ministero della Salute e dal legale rappresentante della Regione Calabria.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Il suddetto Piano è costituito da n. 5 interventi e prevede una ripartizione del finanziamento nell'arco temporale di 11 anni (dal 2020 al 2030), per un importo complessivo pari a € 60.816.696,40.

In particolare, è previsto l'adeguamento sismico ed antincendio dei Presidi Ospedalieri di Locri, Melito Porto Salvo, Tropea e Cetraro, nonché un finanziamento finalizzato alla verifica della vulnerabilità sismica dei presidi sanitari della Regione Calabria.

L'attuazione del Piano consentirà l'adeguamento sismico ed antincendio di alcune strutture sanitarie che attualmente presentano rilevanti criticità, fonte di condizioni di rischio elevatissimo per il patrimonio e la sicurezza degli operatori sanitari e degli utenti, nonché la verifica di vulnerabilità sismica di molti presidi sanitari.

Si riporta di seguito il prospetto riepilogativo del Piano degli interventi:

Titolo Intervento	Annualità finanziamento	Costo Totale
Adeguamento sismico ed antincendio del PO di Locri	2021-2027	€ 19.107.850,00
Adeguamento sismico ed antincendio del PO "Tiberio Evoli" di Melito Porto Salvo	2022-2029	€ 9.290.050,00
Adeguamento sismico ed antincendio del PO di Tropea	2023-2026	€ 7.330.920,00
Adeguamento sismico ed antincendio del PO "G. Iannelli" di Cetraro	2025-2030	€ 16.918.451,00
Servizi di ingegneria strutturale per verifica di vulnerabilità sismica degli ospedali	2020-2021	€ 8.169.425,40
	Totale	€ 60.816.696,40

Il sopracitato schema di accordo è stato sottoscritto dal Ministero della Salute e dalla Regione Calabria nel mese di marzo 2023 ed è in fase di registrazione alla Corte dei Conti.

Con rispettive note del 16/03/2023 sono stati chiesti alle Aziende del SSR interessate gli studi di fattibilità, ai sensi dell'art. 14, comma 1, del D.P.R. n. 207/2010. Gli stessi saranno poi trasmessi al Ministero della Salute per il parere di competenza del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici.

- Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, commi 14 e 24 della legge 27 dicembre 2019, n. 160 (legge di bilancio 2020).

A valere sul Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese, previsto nell'ambito disegno di legge di bilancio per l'anno 2020 e finalizzato ai programmi di investimento e ai progetti a carattere innovativo, ad elevata sostenibilità, anche in riferimento all'economia circolare, alla de-carbonizzazione dell'economia, alla riduzione delle emissioni, al risparmio energetico e alla sostenibilità ambientale, la Regione Calabria, con il coinvolgimento delle Aziende del SSR, ha definito la propria proposta di interventi.

In particolare, sono stati individuati n. 12 interventi, per un importo complessivo di € 19.570.001,09, il cui finanziamento è previsto in un arco temporale di 15 anni (dal 2020 al 2034).

Con DCA n. 43 del 08/02/2023, a valere sul fondo in oggetto, è stato approvato il Programma regionale degli interventi di importo complessivo pari a € 19.289.167,10, di cui € 7.077.560,91 per le finalità previste dal Piano di gestione 4 "somme da destinare al finanziamento di interventi di edilizia sanitaria" ed € 12.211.606,19 € per le finalità previste dal Piano di gestione 5 "somme da destinare al finanziamento di interventi di sostenibilità ambientale ed efficientamento energetico".

Si è in attesa della sottoscrizione con il Ministero della Salute lo schema dell'accordo inerente alle modalità di erogazione del Fondo.

Si riporta di seguito il prospetto del Piano degli interventi:



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Piano di gestione 4	
<i>"Somme da destinare al finanziamento di interventi di edilizia sanitaria"</i>	
Titolo Intervento	Costo Totale
Adeguamento antincendio di alcuni reparti del PO "Annunziata" di Cosenza	€ 3.224.043,82
Adeguamento impiantistico e tecnologico del Presidio Ospedaliero di Trebisacce	€ 3.853.517,09
Totale	€ 7.077.560,91
Piano di gestione 5	
<i>"Somme da destinare al finanziamento di interventi di sostenibilità ambientale ed efficientamento energetico"</i>	
Titolo Intervento	Costo Totale
Sostituzione gruppi frigoriferi Ospedali Riuniti di Reggio Calabria	€ 750.000,00
Sostituzione gruppi frigoriferi Ospedale Morelli di Reggio Calabria	€ 444.000,00
Lavori di realizzazione di un cappotto termico presso il Presidio Pugliese di Catanzaro	€ 2.237.606,19
Realizzazione di interventi di efficientamento energetico nel Presidio Ospedaliero di Soverato	€ 1.800.000,00
Intervento volto a sostenere l'attivazione e diversificazione delle fonti energetiche, all'aumento della quota di energia con fonti rinnovabili ed al risparmio energetico del PO di Locri	€ 2.080.000,00
Lavori di efficientamento energetico presso il Poliambulatorio di Cirò Marina (KR)	€ 1.400.000,00
Interventi di efficientamento energetico presso il Poliambulatorio "Moderata Durant" di Vibo Valentia	€ 800.000,00
Interventi di efficientamento energetico presso la sede centrale Palazzo ex INAM - Uffici amministrativi di Vibo Valentia	€ 1.200.000,00
Lavori di efficientamento energetico degli edifici C e D del Campus Universitario di Germaneto - Catanzaro	€ 1.500.000,00
Totale	€ 12.211.606,19
Totale complessivo	€ 19.570.001,09

- Programma di ristrutturazione e riqualificazione energetica degli ex ospedali psichiatrici ai sensi dell'art. 32-sexies, comma 1 del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124.

L'art. 32-sexies, comma 1 del decreto legge 26 ottobre 2019 n. 124, convertito in legge 19 dicembre 2019, n. 157, dispone che *"Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un Fondo, con la dotazione di 2 milioni di euro annui per ciascuno degli anni dal 2020 al 2029, destinato alla ristrutturazione e alla riqualificazione energetica delle strutture degli ex ospedali psichiatrici dismesse nell'anno 1999 ai sensi della legge 13 maggio 1978, n. 180, nel pieno rispetto del carattere storico, artistico, culturale ed etnoantropologico di tali strutture"*. Il medesimo comma specifica anche che *"Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro per i beni e le attività culturali e per il turismo, sono individuate le strutture destinatarie degli interventi e sono stabiliti le modalità e i criteri per l'assegnazione e l'utilizzo delle risorse del Fondo"*.

Con Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro della Cultura, del 19 maggio 2022, sono state assegnate alla Regione Calabria, risorse complessive pari a € 649.457,81, ripartite sulla base delle quote d'accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2020, secondo le dotazioni annuali stabilite nell'allegato A, parte integrante del suddetto Decreto.

A seguito della rilevazione dei fabbisogni avviata dalla Regione Calabria con le Aziende del SSR, la sola ASP di Catanzaro ha rappresentato la necessità di realizzare l'intervento denominato *"Realizzazione di interventi di riqualificazione energetica ex ospedale psichiatrico di Girifalco"*, di importo complessivo pari a € 649.457,81.

Con DCA n. 72 del 03/03/2023 è stato approvato il Programma regionale, ai sensi dell'art. 2 del D.M. del 19 maggio 2022, che prevede la realizzazione dell'intervento denominato *"Realizzazione di interventi di*



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

riqualificazione energetica ex ospedale psichiatrico di Girifalco”, di importo complessivo pari a € 649.457,81.

Si è in attesa della sottoscrizione con il Ministero della Salute dell'accordo inerente alle modalità di erogazione del Fondo.

- Programma di interventi di installazione di impianti per la produzione di ossi-geno medicale, ai sensi dell'articolo 1, commi 445 e 446, Legge 30 dicembre 2020, n. 178 - D.M. 7 giugno 2022.

L'articolo 1, comma 445, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, al fine di migliorare la capacità di produzione e la reperibilità di ossigeno medicale in Italia e in considerazione della carenza di bombole di ossigeno durante le fasi acute dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, ha previsto un fondo destinato al supporto di interventi di installazione di impianti per la produzione di ossigeno medicale, di ammodernamento delle linee di trasmissione dell'ossigeno ai reparti e di rafforzamento delle misure di sicurezza per il monitoraggio dell'atmosfera sovraossigenata e la gestione dell'eventuale rischio di incendio.

Con Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 7 giugno 2022 sono state assegnate alla Regione Calabria risorse pari a € 157.189,00, ripartite sulla base delle quote d'accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2021.

Attualmente è in corso di definizione con il Ministero della Salute, l'iter finalizzato all'approvazione del Programma regionale degli interventi.

- Programma di interventi finalizzato all'installazione di sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità. - Art. 5-septies, comma 2, del decreto legge 18 aprile 2019, n. 32.

L'art. 5-septies, comma 2, del decreto-legge n. 32/2019 prevede che “Al fine di assicurare la più ampia tutela a favore delle persone ospitate nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità, a carattere residenziale, semiresidenziale o diurno, nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito un fondo con una dotazione di 5 milioni di euro per l'anno 2019 e 15 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2020 al 2024, finalizzato all'installazione di sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso presso ogni struttura di cui al presente comma nonché per l'acquisto delle apparecchiature finalizzate alla conservazione delle immagini per un periodo temporale adeguato”. Il comma 3, del medesimo articolo stabilisce che con apposito provvedimento normativo si provvede a dare attuazione agli interventi ivi previsti.

Con Decreto del Ministro della salute del 31 dicembre 2021 è stata data attuazione alle previsioni dell'art. 5-septies, commi 2 e 3, del decreto-legge n. 32/2019, inserito dalla legge di conversione n. 55/2019, e sono state assegnate alla Regione Calabria risorse complessive pari a € 2.600.000,00, ripartite in 5 annualità (dal 2019 al 2024).

Attualmente è in corso di definizione con il Ministero della Salute, l'iter finalizzato all'approvazione del Programma regionale degli interventi.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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”;
- DM 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;
- DM 23 maggio 2022 n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”.

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. 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. 65 del 10 marzo 2020, con il quale è stato approvato il documento di riorganizzazione della Rete Territoriale.
- DCA n. 162 del 18/11/2022, recante “Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell'art. 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i.”.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

B.1 ANALISI SOCIO – SANITARIA – ECONOMICA E RISPONDENZA 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 alle 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 la Calabria, dal punto di vista socio-economico ed epidemiologico, per rintracciare, fra gli elementi alla base della scelta strategica di realizzare dei Nuovi Ospedali, derivanti dal bisogno 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.

Per effettuare una lettura delle attività di ricovero che distingua le patologie che si riscontrano con maggiore frequenza tra i cittadini calabresi, può essere utile l'osservazione della tabella che segue in cui si fa riferimento alla produzione regionale dei ricoveri usando la classificazione nota come MDC (Major Disease Classification) in cui le attività di ricovero sono raggruppate per sede anatomica. Nello specifico, in riferimento all'anno 2019, le malattie e i disturbi dell'sistema cardiocircolatorio rappresentano il numero maggiore di ricoveri ordinari, seguite dalle malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo e poi dalle patologie riconducibili alla gravidanza, al parto e al puerperio.

PRODUZIONE RICOVERI REGIONE CALABRIA PER MDC - ANNO 2019	
MDC	n. ricoveri
05. Malattie e Disturbi del Sistema Circolatorio	28.568
08. Malattie e Disturbi del Sistema Osteomuscolare e Connettivo	28.355
14. Gravidanza, Parto e Puerperio	18.950
04. Malattie e Disturbi dell'apparato Respiratorio	17.295
06. Malattie e Disturbi dell'apparato Digerente	16.561
01. Malattie e Disturbi del Sistema Nervoso	14.853
15. Neonati Normali e Neonati con Disturbi Perinatali	12.469
11. Malattie e Disturbi del Rene e delle Vie Urinarie	11.587
07. Malattie e Disturbi del Fegato, Vie Biliari e Pancreas	8.629
13. Malattie e Disturbi dell'apparato Riproduttivo Femminile	6.132
12. Malattie e Disturbi dell'apparato Riproduttivo Maschile	5.373
10. Malattie e Disturbi Endocrini, della Nutrizione e del Metabolismo	5.318
03. Malattie e Disturbi dell'orecchio, Naso, Gola	5.163
16. Malattie e Disturbi del Sangue e Degli Organi Emopoietici	5.144
18. Malattie Infettive e Parassitarie	5.050
09. Malattie e Disturbi della Pelle, Sottocutaneo, Mammella	4.970
17. Malattie e Disturbi Mieloproliferativi e Neoplasie Scarsamente Differenziate	4.760
19. Disturbi Psicici	4.125
23. Fattori che Influenzano lo Stato di Salute ed il Ricorso ai Servizi Sanitari	3.668
02. Malattie e Disturbi dell'occhio	1.823
21. Traumatismi ed Avvelenamenti	1.484
NA	1.070
25. Infezioni da HIV	491
PRE	439
24. Traumatismi Multipli	190
20. Abuso di Alcol e Farmaci e Disturbi Mentali Organici Indotti da Alcol o Farmaci	151
22. Ustioni	107
Totale	212.725

Fonte dati: flusso SDO, Ministero della Salute, v. 8.9.2020



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Nel 2019, la spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia ammonta a 115 miliardi di euro, pari al 6,4% del Pil e a 1.925 euro annui per abitante. La spesa sanitaria corrente di contabilità economica è passata da 116 miliardi del 2018 a 117,3 del 2019, con un aumento di 1,3 miliardi in un anno. Se si guarda al periodo 2002 - 2019, la spesa sanitaria corrente di contabilità economica passa da 78.977 milioni di euro a 117.338 milioni di euro, con un incremento in valore assoluto pari a 38.361 milioni e un tasso di crescita medio annuo del 2,4%. Per la Regione Calabria, dal Rapporto 2020 del MEF, si ricava che dal 2006 al 2019, la spesa corrente è sempre maggiore dei finanziamenti effettivi e la variazione della spesa sanitaria è pari a 3,5 miliardi di euro. 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 un quoziente di mortalità per 10.000 abitanti determinato primariamente dalle malattie cardiovascolari, secondariamente dai tumori e seguito dalle malattie dell'apparato respiratorio e digerente (Tabella 3). 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			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Cosenza	7,5	7,3	7,1	6,8	10,4	11	11,5	12,9	3,7	3,5	1,3	3,6
Catanzaro	7,6	7,4	7,2	7,1	10,8	10,4	10,8	11,9	3,4	3,4	1,6	3,9
Reggio di Calabria	8,4	8,1	7,8	7,3	10,3	10,6	11,2	12,7	4,8	4	2,1	5
Crotone	8,6	8,3	8,1	7,8	8,9	9,5	10,7	11,7	4,5	4,1	1,5	4,7
Vibo Valentia	7,8	7,5	7,6	7,1	10,4	10,5	11,2	12,1	5	4,5	1,6	5,2
Calabria	7,9	7,6	7,4	7,1	10,3	10,6	11,2	12,5	4,1	3,8	1,6	4,3
Italia	7,3	7	6,8	6,8	10,6	10,6	12,5	12	3,3	3,1	1,6	3

Tabella 1. Tassi di natalità, mortalità, nuzialità per provincia. Anni 2018-2021 (per 1.000 residenti) – Fonte: ISTAT



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

	Maschi							
	alla nascita				a 65 anni			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Cosenza	80,4	80,1	79,8	78,9	19,2	19	18,6	18,1
Catanzaro	80,1	80,8	80,4	79,8	18,9	19,4	19,2	18,7
Reggio di Calabria	80,6	80,2	80	79,1	19,4	19	18,8	18,2
Crotone	80,7	80,4	79	78,5	18,9	18,8	18,1	17,8
Vibo Valentia	80,9	80,3	79,8	79,2	19,6	19,3	18,9	18,6
Calabria	80,4	80,2	79,9	79	19,1	19,1	18,8	18,2
Italia	80,8	81,1	79,8	80,1	19,3	19,4	18,3	18,6
	Femmine							
	alla nascita				a 65 anni			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Cosenza	84,9	84,8	84,5	83,5	22,5	22,1	21,9	21,2
Catanzaro	84,4	85	84,9	84,2	21,9	22,3	22,3	21,8
Reggio di Calabria	84,6	84,7	84,5	83,7	22,1	22,2	22	21,1
Crotone	84,7	84,2	84,1	83,4	22	21,9	21,4	20,9
Vibo Valentia	84,6	84,8	84,8	84,3	22,2	22,6	22,3	21,9
Calabria	84,7	84,7	84,5	83,6	22,2	22,1	22	21,2
Italia	85,2	85,4	84,5	84,7	22,4	22,6	21,7	21,9
	Totale (Media)							
	alla nascita				a 65 anni			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Cosenza	82,65	82,45	82,15	81,20	20,85	20,55	20,25	19,65
Catanzaro	82,25	82,90	82,65	82,00	20,40	20,85	20,75	20,25
Reggio di Calabria	82,60	82,45	82,25	81,40	20,75	20,60	20,40	19,65
Crotone	82,70	82,30	81,55	80,95	20,45	20,35	19,75	19,35
Vibo Valentia	82,75	82,55	82,30	81,75	20,90	20,95	20,60	20,25
Calabria	82,55	82,45	82,20	81,30	20,65	20,60	20,40	19,70
Italia	83,00	83,25	82,15	82,40	20,85	21,00	20,00	20,25

Tabella 2. Speranza di vita (in anni) a diverse età per sesso e provincia di residenza. Anno 2019 – Fonte: ISTAT

	tumori		malattie del sistema circolatorio		malattie del sistema respiratorio		malattie dell'apparato digerente		totale	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Cosenza	30,89	20,02	40,57	47,22	10,06	6,6	4,59	3,65	86,11	77,49
Catanzaro	29,04	21,73	37,96	46,44	9,51	6,45	3,71	2,59	80,22	77,21
Reggio di Calabria	31,32	20,04	37,25	47,39	9,81	7,02	3,65	2,79	82,03	77,24
Crotone	25,87	19,98	33,29	39,73	8,12	4,79	4,76	2,57	72,04	67,07
Vibo Valentia	26,8	19,26	41,81	44,32	10	6,67	4,1	3,15	82,71	73,4
Calabria	29,87	20,28	38,6	46,23	9,71	6,54	4,14	3,13	82,32	76,18
Italia	33,85	24,4	33,01	40,46	9,58	8,27	3,88	3,79	80,32	76,92

Tabella 3. Quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) Anno 2019 – Fonte Istat



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Maschi + Femmine			
Provincia	TD	AD	PD
Media Naz.	17,6	6,8	10,8
Vibo Valentia	18	7,6	10,4
Crotone	18,4	7,8	10,6
Catanzaro	18,7	8,3	10,3
Cosenza	19,6	8,5	11,1
Reggio Calabria	19,9	8,8	11

Tabella 4. Classifica della mortalità evitabile per provincia Mortalità evitabile totale (TD), di cui trattabile (AD) e prevenibile (PD) (*)

Decessi 0-74 anni - Giorni persi std pro-capite - Dati 2016-2018

Fonte Rapporto MEV(i) 2020-2021- Elab. Centro Studi NEBO su Dati ISTAT e ISS

	abitanti in buona salute	abitanti con almeno una malattia cronica	abitanti con almeno due malattie croniche
Calabria	58,7	43,8	25,3
Sud	67,8	40	22,3
Italia	68,8	40,9	21,1

Tabella 5. Percentuale di abitanti in buona salute, abitanti con una patologia cronica, abitanti con due patologie croniche.

Anno 2019 - Fonte ISTAT

B.1.a2 Quadro demografico

La Calabria si estende su una superficie di 15.080,27 Km², con una netta prevalenza di territori montani e collinari, soltanto un decimo della superficie è pianeggiante.

Al 31 dicembre 2021, data di riferimento della terza edizione del Censimento permanente della popolazione, in Calabria si contano 1.860.601 residenti. Al netto degli aggiustamenti statistici i dati censuari registrano, rispetto all'edizione 2019, una diminuzione di 33.509 unità nella regione.

	2019	2020	2021
Cosenza	695.605	690.503	676.119
Catanzaro	352.065	349.344	344.439
Reggio di Calabria	536.487	530.967	523.791
Crotone	171.486	168.581	164.059
Vibo Valentia	156.378	154.715	152.193
Calabria	1.912.021	1.894.110	1.860.601
Italia	59.816.673	59.641.488	59.236.213

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

La distribuzione della popolazione residente per provincia attribuisce, per l'anno 2021, ai comuni di Cosenza 676.119 abitanti (il 36% del totale), a quelli di Reggio Calabria 523.791 abitanti (il 28%), a Catanzaro 344.439 (il 19%), a Crotone 164.059 (9%) ed a Vibo Valentia 152.193 (8%).

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 Km², che per quelli di ampiezza demografica inferiore (fino a mille abitanti) si attesta a 34 ab. X Km².



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.

Il 64,5% della popolazione calabrese vive nelle province di Cosenza e Reggio di Calabria, che ricoprono il 65,1% del territorio, ma con differenti valori di densità di popolazione. In particolare, nella provincia di Reggio di Calabria risiedono 163,2 abitanti ogni km² contro i 122,2 in media nella regione. All'opposto, Crotone e Cosenza, che coprono il 55,5% della superficie regionale, presentano i più bassi livelli di densità, con valori pari, rispettivamente, a 94,5 e 100,8 abitanti per km².

Tra il 2019 e il 2020 la popolazione diminuisce in tutte le province, soprattutto a Crotone (-4.522, -2,7%) e Cosenza che registra anche il maggiore decremento in termini assoluti (-2,1%, -14.384 unità), e Vibo Valentia (-2.522, -1,6%). Tra il 2019 e il 2020 solo 48 dei 404 comuni calabresi non hanno subito perdite di popolazione e tra questi si conta solamente un capoluogo di provincia, Vibo Valentia, che, con 302 unità, fa registrare anche il secondo maggior incremento comunale in regione. Sono invece 356 i comuni dove la popolazione diminuisce: in valore assoluto le perdite più consistenti si registrano a Reggio di Calabria (-1.859) e Cosenza (-1.553).

Per quanto riguarda i flussi migratori dall'estero, nel 2019 la componente straniera incide per il 5,5% sulla popolazione totale in Calabria (più della metà del dato nazionale, pari a 8,4%). Al Censimento del 2019 la popolazione straniera rilevata in Calabria ammonta a 103.395 unità. In ambito provinciale il peso degli stranieri è relativamente più elevato a Crotone (6,5%) e a Reggio di Calabria (5,8%). Tra i capoluoghi di provincia, Crotone (6,6%), Reggio di Calabria (6,5%) e Cosenza (6,1%) presentano un peso superiore alla media regionale. Per quanto riguarda i saldi migratori interni, tassi migratori netti più bassi si registrano in Calabria (-5,8 per mille), Basilicata (-5,2 per mille) e Molise (-4,4 per mille).

A livello sub-regionale, le province calabresi che invece perdono più residenti, registrando saldi migratori netti più bassi, sono Crotone (-10 per mille), Reggio Calabria (-8 per mille), e Vibo Valentia (-7 per mille). Inoltre, nel 2019, come ormai da qualche anno, la fecondità più elevata si manifesta nel Nord del Paese (1,36 figli per donna), ben davanti a quella del Mezzogiorno (1,26) e del Centro (1,25). Il tasso di fecondità, (numero di figli per donna), invece, in Calabria è pari a 1,27 contro la media nazionale di 1,18.

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	2019		2020		2021		2022	
	Valori assoluti	Percentuali						
0-5 anni	94.058	5%	91.896	5%	91.219	5%	87.791	5%
6-14 anni	158.734	8%	155.827	8%	154.383	8%	152.156	8%
15-24 anni	202.313	11%	197.354	10%	191.799	10%	190.259	10%
25-40 anni	385.413	20%	373.437	20%	353.601	19%	346.493	19%
41-60 anni	557.828	29%	555.355	29%	543.020	29%	536.295	29%
61-75 anni	324.347	17%	330.896	17%	337.910	18%	344.817	19%
75 e più	189.328	10%	189.345	10%	188.669	10%	186.775	10%
totale	1.912.021	100%	1.894.110	100%	1.860.601	100%	1.844.586	100%

Tabella 7. Popolazione Residente per classi di età: valori assoluti e percentuali per fasce di età – Dati Demo Istat



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Per l'anno 2019, la natalità è diversa nelle varie province della regione, con un minimo a Vibo Valentia (7,5), ed un massimo a Crotona (8,3).

L'aumento della popolazione ultrasessantacinquenne è invece prevalentemente da attribuire all'allungamento della vita media. Dal 2018 al 2021 la speranza di vita alla nascita è passata nella nostra regione da 80,4 a 79 a 65anni per i maschi, e da 84,7 a 83,6 anni per le femmine. Anche la speranza di vita alla nascita vede una importante variabilità territoriale, che 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 (Tabella 2).

Pur essendo la Calabria una regione relativamente giovane, si assiste ad un progressivo invecchiamento della popolazione. Sono 46.003 i residenti con più di 64 anni (con un +12,3% in Calabria e +11,9% in Italia); i grandi anziani (con 85 anni e più) passano da 50.419 a 66.263 (+31,4% in Calabria, +29,4% in Italia). L'indice di vecchiaia (% popolazione in età 65 e più / popolazione in età 0-14) passa da 134,3 a 169,5.

Le province di Crotona e di Reggio Calabria presentano una struttura demografica più giovane, rispettivamente con una età media 43 e 44 anni e indice di vecchiaia di 142 e 160.

	2018	2019	2020	2021	2022
Cosenza	170.6	175.6	181.3	184.3	189.8
Catanzaro	164	169.4	176	180.3	186.4
Reggio di Calabria	150.5	154.8	160.1	163.8	168.5
Crotona	131.2	135.7	142	147.3	152.9
Vibo Valentia	158.4	164.2	171.3	176.1	182
Calabria	158.6	163.5	169.5	173.3	178.7
Italia	169.5	174	179.4	182.6	187.9

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.

Nel 2018, il PIL pro-capite a prezzi costanti in Italia è in media pari a 28.442 Euro, mentre nelle regioni meridionali è uguale a 19.789 Euro. La ricchezza di un individuo che risiede nel Mezzogiorno d'Italia è pari ai due terzi della ricchezza pro-capite nazionale. Su base regionale, nel 2018 il PIL pro-capite della Calabria è pari a 16.585 euro. Nel 2018, la ricchezza individuale di un calabrese è pari a circa il 44% di quella di un cittadino della Lombardia e il 36% di quella di un cittadino della provincia di Bolzano.

Focalizzando l'attenzione sulla Calabria, si osserva come il PIL pro capite di calabresi sia molto meno variabile rispetto a quello delle altre aree del paese: in punto di minimo si è avuto nel 2014 (-5,8% rispetto al 2007) e il punto di massimo nel 2008 e nel 2018 (+0,6% rispetto al 2007).

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 (15-24 anni) è pari 27,4 punti percentuali rispetto al dato nazionale pari a 36,6, mentre per la fascia di età (15 anni e più) è pari a 66,7 punti percentuali rispetto al dato nazionale pari a 91,5. Nel 2019, in Calabria, le persone in cerca di occupazione sono 146 mila su 2582 milioni in Italia (Tabella 10).



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

	15-24 anni			15 anni e più		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Calabria	18,7	8,7	27,4	43,4	23,3	66,7
Italia	21,4	15,2	36,6	54,1	37,4	91,5

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

	2019			2020		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Cosenza	34	22	57	34	24	57
Catanzaro	17	12	29	14	10	25
Reggio di Calabria	20	13	33	16	9	26
Crotone	12	6	18	9	6	16
Vibo Valentia	5	4	9	4	5	9
Calabria	89	57	146	78	54	133
Italia	1.349	1.232	2.582	1.218	1.092	2.310

Tabella 10. Persone in cerca di occupazione 15 anni e oltre (migliaia) fonte 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.

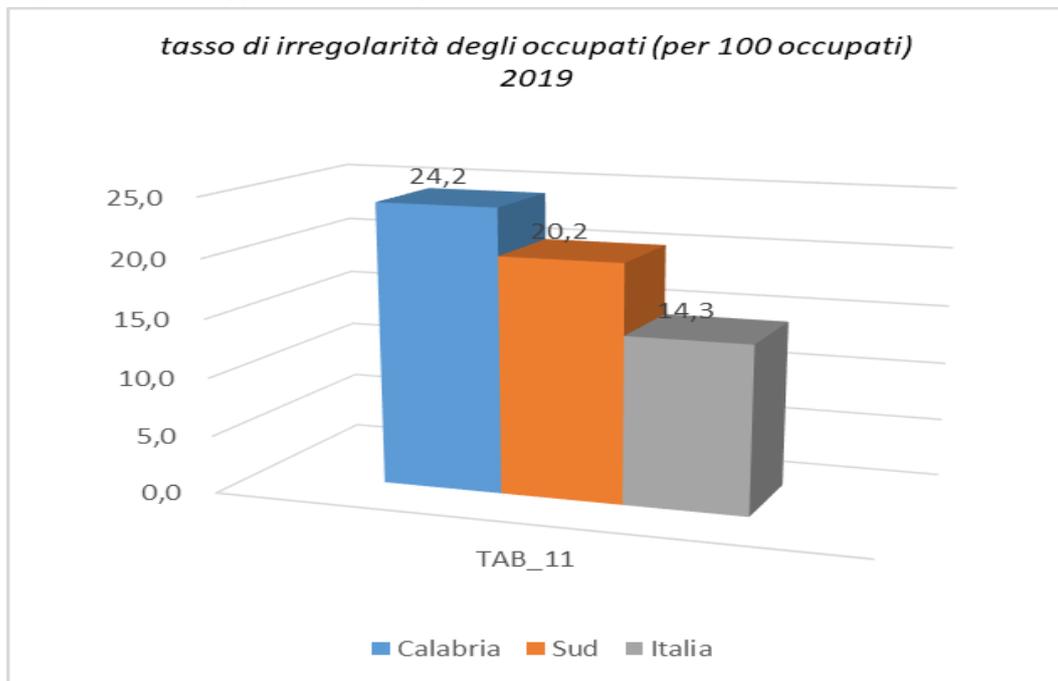


Tabella 11. Tasso di irregolarità degli occupati (per 100 occupati) 2019 – Dati Istat

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

	2018	2019	Var.% 18/19
Cosenza	14.137,50	14.355,40	0,98
Catanzaro	18.139,10	18.223,50	1,00
Reggio di Calabria	15.878,10	16.252,10	0,98
Crotone	16.146,80	15.984,60	1,01
Vibo Valentia	14.434,10	14.778,80	0,98
Calabria	14.876,40	14.979,50	0,99
Italia	25.832,00	26.002,40	0,99

Tabella 12. Valore aggiunto pro capite province, Calabria e Italia. Anni 2018 - 2019 – Valori assoluti in euro, variazioni percentuali
Fonte: Elaborazione Demoskopika su Istat e Unioncamere

Questa situazione va purtroppo letta all'interno di un contesto di problematicità strutturali drammatiche nel settore sociale. Nel 2018, la spesa dei Comuni per i servizi sociali cresce per il quinto anno consecutivo e raggiunge 7 miliardi 472 milioni di euro, recuperando pienamente il calo del triennio 2011-2013. La spesa per abitante è pari a 124 euro (120 euro nel 2017) con differenze territoriali molto ampie: al Sud è di 58 euro, meno della metà del resto del Paese e circa un terzo di quella del Nord est (177 euro). Le risorse sono destinate prevalentemente ai minori e alle famiglie con figli (38%), alle persone con disabilità (27%) e agli anziani (17%). La bassa organizzazione dei servizi pubblici pregiudica una 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.

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 sotto dotazione del capitale aziendale, alla modesta dimensione delle imprese e al basso livello di innovazione.

La distribuzione dimensionale delle imprese registra in Calabria una più marcata presenza delle micro e piccole imprese. La struttura produttiva calabrese è caratterizzata da una forte prevalenza delle imprese di servizi rispetto a quelle industriali. Il processo di terziarizzazione appare uniformemente avanzato in tutte le province del territorio regionale, con una percentuale di imprese di servizi che varia dal 73,8% di Cosenza e Catanzaro al 76,8% di Reggio Calabria. A testimonianza dell'importanza del settore turistico per l'economia regionale, le sole imprese attive nell'offerta di servizi di alloggio e ristorazione rappresentano oltre un quinto delle aziende di servizi.

Con riferimento alle dinamiche economiche, un primo aspetto da esaminare con attenzione, sia a livello centrale che locale, è quello relativo alle condizioni delle famiglie. Se gli indicatori di povertà identificano le casistiche più gravi, ulteriori dati statistici disponibili, come la fonte principale dei redditi familiari e il numero dei componenti occupati, consentono di mappare in maniera più ampia eventuali



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

situazioni di fragilità economica. In Calabria (anno 2018) i valori degli indicatori di povertà (Tabella 13 e Figura 14) sono decisamente più alti di quelli nazionali. Le famiglie che si trovano in uno stato di povertà relativa nella regione sono il 30,6 per cento rispetto all'11,8 per cento in Italia; anche l'incidenza della povertà relativa individuale (34,6 per cento) risulta più che doppia in confronto al totale del Paese (il 15%). Con riferimento alla condizione occupazionale, emerge che il 22,2 per cento delle famiglie con almeno un componente da 15 a 64 anni non ha alcun componente appartenente alle forze di lavoro, una quota di 9 punti percentuali al di sopra del dato nazionale (il 13,2 per cento). Emerge inoltre che un terzo delle famiglie calabresi è priva di componenti occupati, contro un dato medio nazionale pari a poco meno di un quarto.

Indicatore Calabria Italia	Calabria	Italia
Incidenza di povertà relativa individuale	34,6	15
Incidenza di povertà relativa familiare	30,6	11,8

Tabella 13. Indicatori di povertà relativa – Dati Istat - 2018

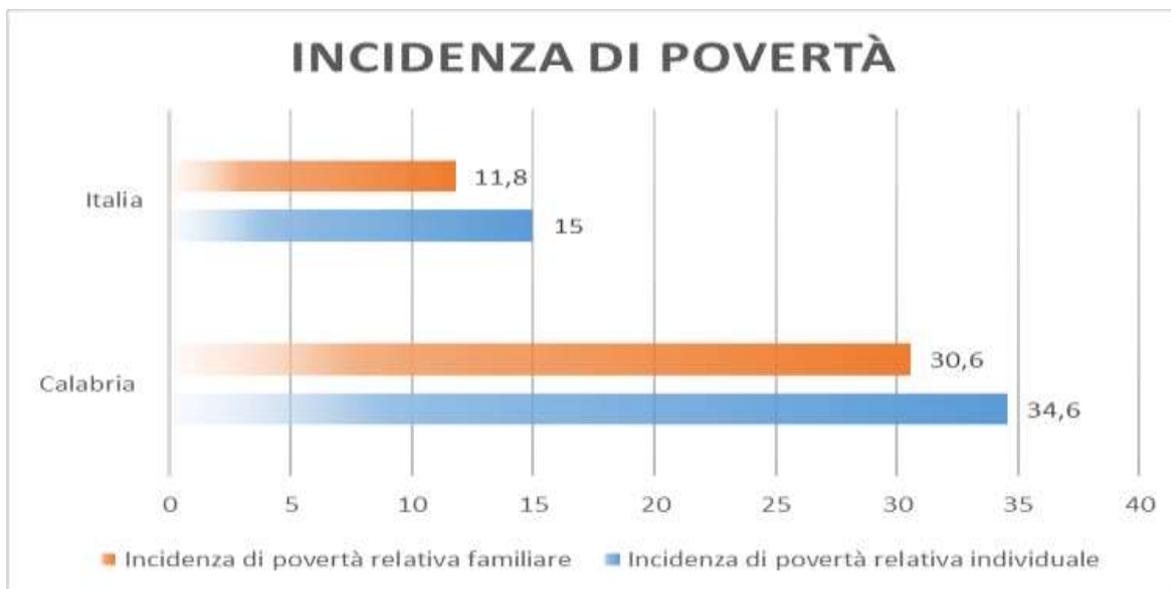


Tabella 14. Incidenza di povertà relativa familiare (Percentuale di Famiglie di povertà relativa) e incidenza di povertà relativa individuale (Percentuale di persone che vivono in famiglie in povertà relativa sui residenti) Anno 2018 - dati ISTAT

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	Mobilità Pss.	Pop_2019	Tasso di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione in Mobilità
Cosenza	63.362	20.968	695.605	121,23	30,14
Catanzaro	41.788	6.545	352.065	137,28	18,59
Reggio Calabria	51.147	15.884	536.487	124,94	29,61
Crotone	22.926	4.431	171.486	159,53	25,84
Vibo Valentia	16.987	4.274	156.378	135,96	27,33
CALABRIA	196.210	52.102	1.912.021	129,87	27,25

Tabella 15. TO per provincia dei ricoveri erogati dai presidi ospedalieri regionali in favore dei residenti in Calabria (ogni 1.000 abitanti)

– 2019 – no neonato sano DRG 391 solo calabresi

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Si osserva un tasso di ospedalizzazione, che passa da 159,53 ricoveri ogni 1.000 abitanti per la Provincia di Crotone a 121,23 ricoveri ogni 1.000 abitanti per la provincia di Cosenza. 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.

	DO Acuti	DH Acuti	Totale Acuti	Pop_2019	Tasso di ospedalizzazione DO	Tasso di ospedalizzazione DH	Tasso di ospedalizzazione Acuti
Cosenza	46.958	11.093	58.051	695.605	83,45	15,95	99,40
Catanzaro	45.135	15.492	60.627	352.065	172,20	44,00	216,21
Reggio Calabria	41.983	10.835	52.818	536.487	98,45	20,20	118,65
Crotone	15.190	5.632	20.822	171.486	121,42	32,84	154,26
Vibo Valentia	8.825	1.095	9.920	156.378	63,44	7,00	70,44
CALABRIA	158.091	44.147	202.238	1.912.021	105,77	23,09	128,86

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

	DO Riabilitazione	DH Riabilitazione	Totale Riabilitazione	Pop_2019	Tasso di ospedalizzazione e DO Riabilit	Tasso di ospedalizzazione DH Riabilit	Tasso di ospedalizzazione Riabilitazione
Cosenza	2.830	222	3.052	695.605	4,39	0,32	4,71
Catanzaro	2.080	136	2.216	352.065	6,29	0,39	6,68
Reggio Calabria	2.194	97	2.291	536.487	4,27	0,18	4,45
Crotone	1.850	377	2.227	171.486	12,99	2,20	15,18
Vibo Valentia	549	18	567	156.378	3,63	0,12	3,74
CALABRIA	9.503	850	10.353	1.912.021	5,41	0,44	5,86

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

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. Da un confronto rispetto al 2016, si continua ad osservare una complessiva e graduale riduzione dell'indice di posti letto ordinari accreditati per mille abitanti.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

	PL 2019						TOTALI
	DH		DS		DO		
Ospedali pubblici	396	75%	147	67%	3.160	65%	3.703
IRCCS pubblici	0	0%	0	0%	59	1%	59
Totale Pubblico	396	75%	147	67%	3.219	66%	3.762
Case di cura	134	25%	71	33%	1647	34%	1.852
TOTALE	530		218		4.866		5.614
P.L. / 1.000 ab	0,3		0,1		2,5		2,9

Tabella 19. Posti letto accreditati anno 2019

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

	PROGAMMAZIONE DCA 64/2016						TOTALI
	DH		DS		DO		
Ospedali pubblici	374	80%	293	76%	3872	69%	4539
IRCCS pubblici	0	0%	0	0%	59	1%	59
Totale Pubblico	374	80%	293	76%	3931	70%	4598
Case di cura	95	20%	92	24%	1719	30%	1906
TOTALE	469		385		5650		6504
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, per strutture pubbliche e private, l'andamento dei posti letto ordinari e dei posti letto in day hospital accreditati effettivi per l'anno 2019.

Provincia	Popolazione 2019	Tipo Strutture	PI 2019					
			pl Acuzie	pl A/	pl Post Acuzie	pl PA/	pl Totali	pl T/
				1000 ab		1000 ab		1000 ab
Cosenza	695.605	Pubblico	1.177	1,69	58	0,08	1.235	1,78
		Privato	341	0,49	253	0,36	594	0,85
		Totale	1.518	2,18	311	0,45	1.829	2,63
Catanzaro	352.065	Pubblico	1.076	3,06	30	0,09	1.106	3,14
		Privato	211	0,60	135	0,38	346	0,98
		Totale	1.287	3,66	165	0,47	1.452	4,12
Reggio di Calabria	536.487	Pubblico	974	1,82	30	0,06	1.004	1,87
		Privato	308	0,57	188	0,35	496	0,92
		Totale	1.282	2,39	218	0,41	1.500	2,80
Crotone	171.486	Pubblico	284	1,66	0	0,00	284	1,66
		Privato	141	0,82	223	1,30	364	2,12
		Totale	425	2,48	223	1,30	648	3,78
Vibo Valentia	156.378	Pubblico	204	1,30	10	0,06	214	1,37
		Privato	52	0,33	30	0,19	82	0,52
		Totale	256	1,64	40	0,26	296	1,89
CALABRIA	1.912.021	Pubblico	3.715	1,94	128	0,07	3.843	2,01
		Privato	1.053	0,55	829	0,43	1.882	0,98
		Totale	4.768	2,49	957	0,50	5.725	2,99

Tabella 21: Posti letto accreditati effettivi anno 2019 per tipologia

Fonte: DCA 64 del 2016 Regione Calabria



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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, con riferimento al 2019, riporta il numero di strutture ed il numero medio annuo 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 2019			DCA 64/2016		
	n° presidi	PL Ordinari	PL DH	n° presidi	PL Ordinari	PL DH
MCAE	4	58	0	11	114	0
Pronto Soccorso	12	0	0	5	0	0
Pronto Soccorso OBI	6	n.d.	0	6	0	0
PPI	12	0	0	12	0	0
TOTALE	34	58	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, uno dei principali indicatori dell'attività svolta dalle strutture di ricovero è il tasso di ospedalizzazione (TO)

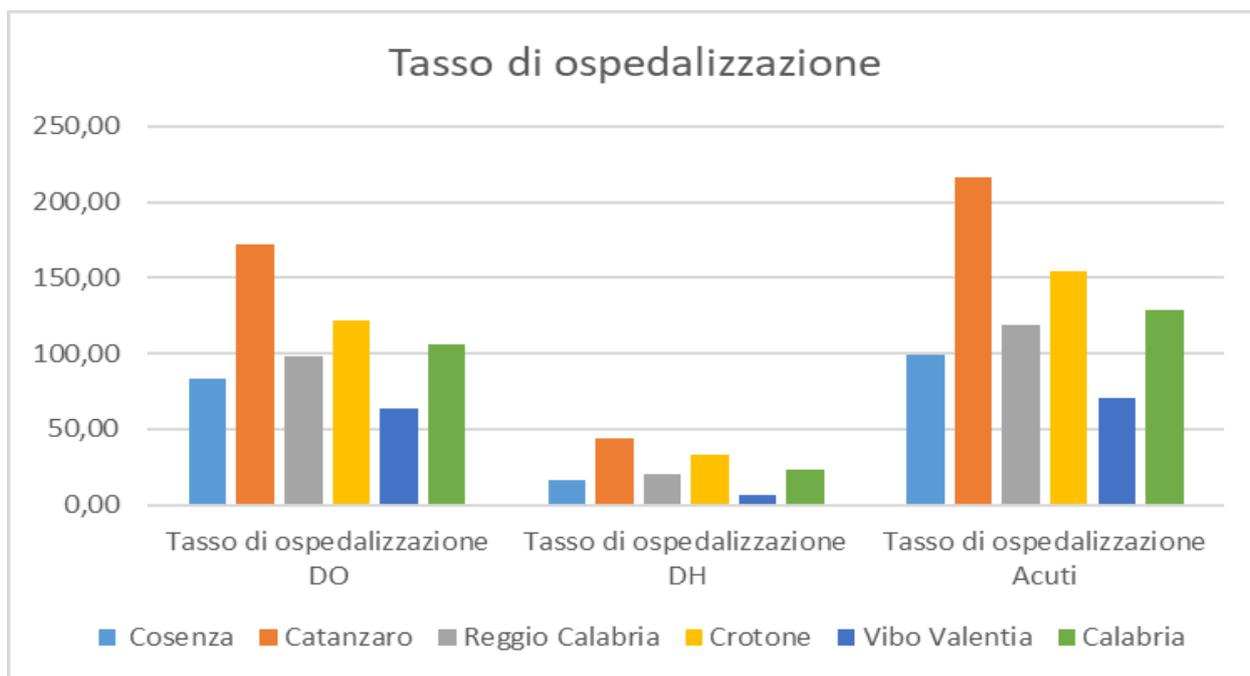


Grafico relativo alla Tabella 16: (TO) per provincia dei ricoveri per acuti erogati dalle aziende, pubbliche e private del SSR in favore dei residenti in Calabria (ogni 1.000 abitanti)



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

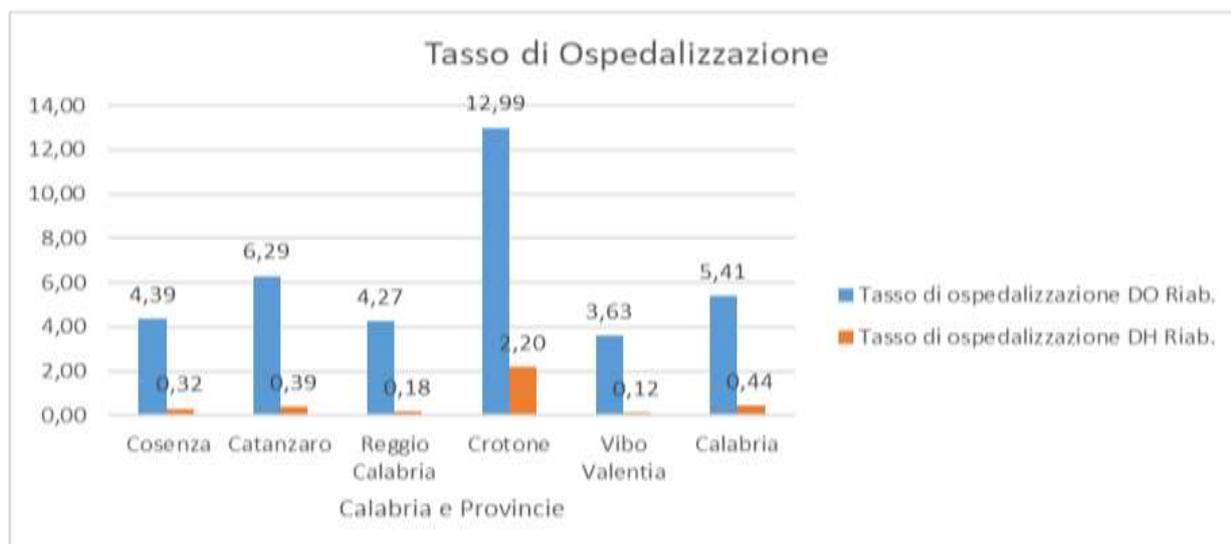
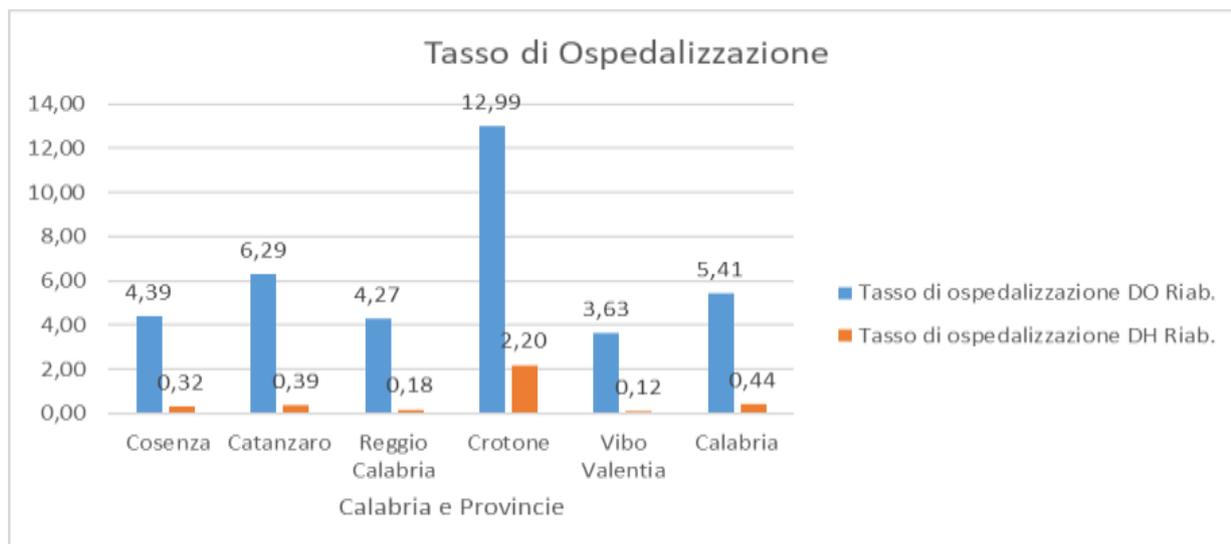


Grafico relativo alla Tabella 17. (TO) per provincia dei ricoveri per acuti erogati dalle aziende, pubbliche e private del SSR in favore dei residenti in Calabria (ogni 1.000 abitanti) Anno 2019.

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 27,25%, mentre il dato relativo ai ricoveri dei residenti in Regione corrisponde al 72,75%.

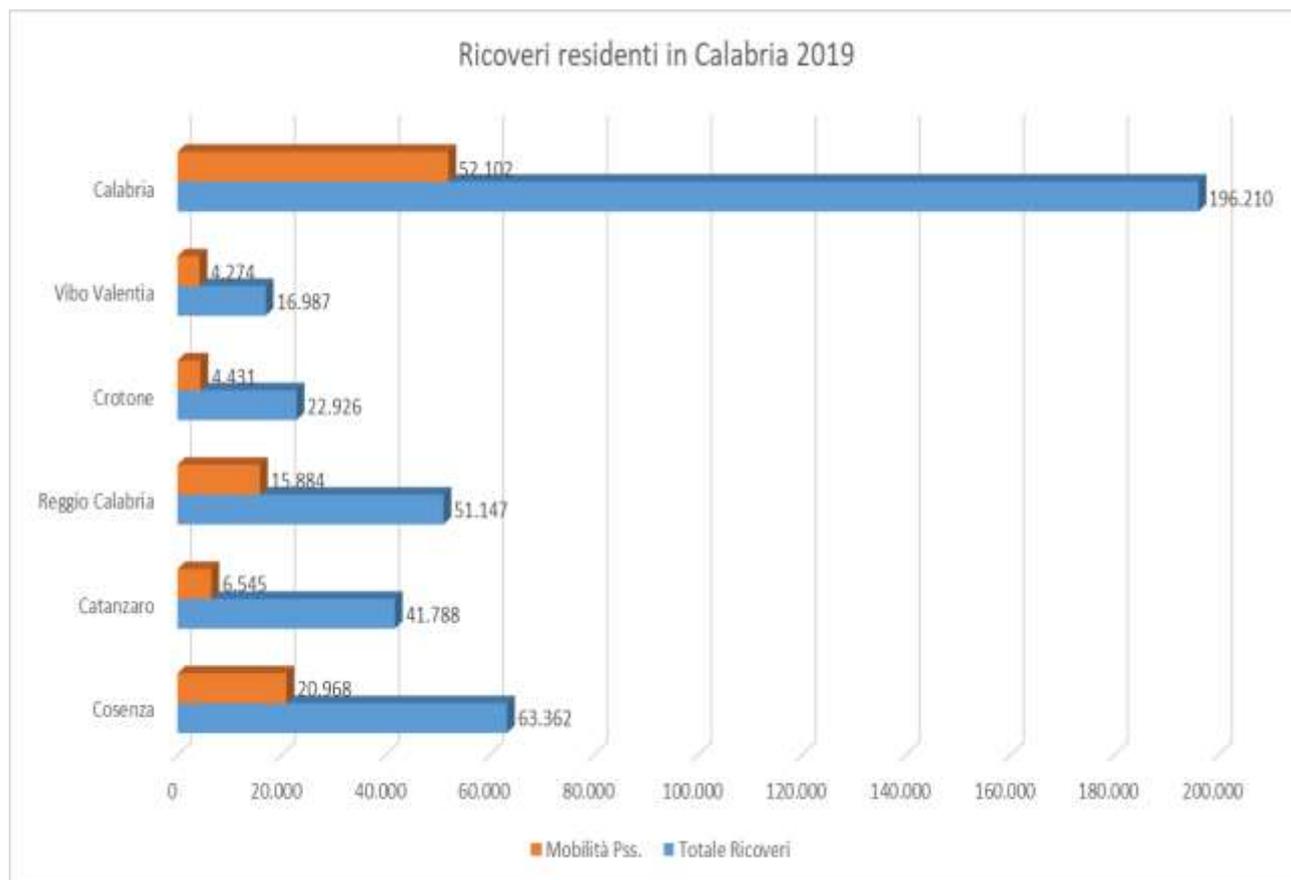


Tabella 1. Ricoveri dei residenti in Calabria - Anno 2019

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 2019, una cifra di 221.229.451€, che rappresenta il 72,23% della mobilità passiva, che complessivamente ammonta a 306.244.122€.

Nella tabella seguente è evidente come le prime 5 regioni, Lombardia, Lazio, Emilia Romagna, Sicilia e Puglia, drenano il 49% 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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

	Ricoveri Ospedalieri ordinari e DH	Medicina Generale	Specialistica Amb.	Farmaceutica	Cure Termali	Somm. Diretta farmaci	Trasporto amb. Ed Elisoccorso	Totale (Euro)
LOMBARDIA	53.839.135	582.269	11.034.529	1.438.992	8.521	6.595.609	309.336	73.808.392
LAZIO	32.288.808	361.639	7.366.822	1.640.206	25.035	6.831.736	162.240	48.676.485
E. ROMAGNA	27.051.381	367.659	3.119.244	597.911	59.823	2.154.998	229.758	33.580.774
SICILIA	22.079.349	82.424	4.874.630	299.200	13.378	5.744.037	196.828	33.289.847
PUGLIA	15.498.797	83.610	1.400.081	113.384	8.571	1.012.681	33.525	18.150.650
TOSCANA	13.776.596	198.983	2.604.876	413.110	76.613	1.780.683	171.210	19.022.072
CAMPANIA	8.183.719	81.213	3.255.126	632.353	70.446	1.380.644	59.184	13.662.684
PIEMONTE	10.582.863	277.354	2.263.023	388.096	2.335	1.164.538	236.296	14.914.505
BASILICATA	9.508.618	46.549	2.425.197	160.929	76.780	890.193	248.880	13.357.147
VENETO	8.013.138	102.052	1.825.476	258.402	86.696	531.205	45.845	10.862.813
BAMBIN GESU'	9.747.612	0	1.831.588	0	0	547.577	0	12.126.777
LIGURIA	3.580.516	33.030	545.814	201.247	0	318.451	31.997	4.711.056
UMBRIA	1.913.254	32.310	464.581	79.710	1.299	181.037	22.220	2.694.410
MARCHE	1.593.892	23.140	137.027	53.172	647	136.530	12.445	1.956.854
FRIULI VENEZIA GIULIA	812.302	17.104	240.053	52.302	106	217.792	0	1.339.659
ABRUZZO	900.870	14.538	187.319	59.167	275	74.723	11.329	1.248.221
MOLISE	596.144	2.300	239.850	7.416	0	45.336	0	891.045
PR. TRENTO	455.161	7.768	81.138	22.363	6.524	21.060	36.874	630.889
VALLE DAOSTA	244.319	4.851	68.309	24.973	203	34.463	8.415	385.533
SARDEGNA	112.884	5.633	36.318	36.465	347	22.577	9.381	223.604
AUT. BOLZANO	258.581	5.847	64.811	15.637	33	94.377	55.895	495.181
ACISMOM LAZIO	191.513	0	21.539	0	0	0	0	213.052
ACISMOM LIGURIA	0	0	1.275	0	0	0	0	1.275
ACISMOM CAMPANIA	0	0	1.196	0	0	0	0	1.196
ACISMOM LOMBARDIA	0	0	0	0	0	0	0	0
ACISMOM PUGLIA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	221.229.451	2.330.273	44.089.821	6.495.037	437.633	29.780.248	1.881.658	306.244.122

Tabella 2. Composizione mobilità passiva in valore monetario distinta per Regione di destinazione - Anno 2019

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	2.758	37.976.811	6.367	26.900.858	12.165	21.307.755
Catanzaro	863	11.819.418	1.972	8.329.951	3.752	6.294.108
Reggio Calabria	2.251	29.395.274	4.992	22.192.841	8.768	16.505.834
Crotone	569	8.028.614	1.421	5.810.560	2.464	4.233.184
Vibo Valentia	550	7.198.319	1.261	5.762.268	2.489	4.375.491
CALABRIA	6.991	94.418.435	16.013	68.996.478	29.638	52.716.372

Tabella 3. Ricoveri distinti per complessità DRG per Provincia di residenza – Anno 2019

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 soprattutto 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	Crotone	Catanzaro	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Calabria (N°)	Costo complessivo Mobilità per Regione Calabria (Euro)
Puglia	2.240	172	186	89	369	3.056	15.498.797
Toscana	1.472	448	555	306	868	3.652	13.776.596
Umbria	215	69	48	39	162	533	1.913.254
Marche	183	23	38	20	108	372	1.593.892
Abruzzo	116	26	16	24	46	228	900.870
Molise	98	3	17	5	19	144	596.144
Campania	1.740	140	269	114	249	2.546	8.183.719
Basilicata	2.955	68	65	25	75	3.188	9.508.618
Sicilia	355	82	371	421	3.743	4.972	22.079.349
Sardegna	14	6	12	4	20	56	112.884
Lazio	3.111	575	967	773	2.094	8.695	32.288.808
Prov. Aut. Bolzano	26	10	14	4	22	76	258.581
Prov. Aut. Trento	37	8	9	7	43	104	455.161
Bambin Gesù	1.402	385	560	335	951	3.643	9.747.612
Acismom Lazio	9	1	1	3	5	19	191.513
Piemonte	544	173	353	233	864	2.167	10.582.863
Valle d'Aosta	7	13	11	2	26	59	244.319
Lombardia	3.671	1.156	1.808	1.090	3.753	11.478	53.839.135
Veneto	464	149	253	158	716	1.740	8.013.138
Friuli Venezia Giulia	74	12	43	20	78	227	812.302
Liguria	289	136	145	82	429	1.081	3.580.516
Emilia Romagna	2.268	799	846	546	1.371	5.830	27.051.381
TOTALE	21.290	4.454	6.587	4.300	16.011	53.866	221.229.451

Tabella 4 Ricoveri distinti per Regione di destinazione e Provincia di residenza - 2019

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Mobilità attiva

L'evidente saldo negativo tra mobilità attiva e mobilità passiva non deve condurre a facili bilanci sulla qualità della sanità calabrese. I 28.541.302 € di introiti dei servizi erogati dal SSR in favore di cittadini di altre regioni (Tabella 5) 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 regione per i propri fabbisogni di salute.

PROVENIENZA	RICOVERI & DAY HOSPITAL PUBBLICO	RICOVERI & DAY HOSPITAL ALTRO PRIVATO	RICOVERI & DAY HOSPITAL IRCCS PRIVATO	RICOVERI & DAY HOSPITAL TOTALE	MEDICINA GENERALE	SPECIALISTICA AMBULATORIALE PUBBLICO	SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRIVATO	SPECIALISTICA AMBULATORIALE TOTALE	FARMACEUTICA	CURE TERMALI	SOMM. DIRETTA FARMACI	TRASPORTO CON AMBUL. ED ELIS.	TOTALE
010 - PIEMONTE	1.098.577	464.778	0	1.563.355	61.395	179.046	12.081	191.127	318.781	85.223	84.876	46.682	2.351.438
020 - VALLE DAOSTA	49.431	37.729	0	87.160	2.385	2.237	285	2.523	12.584	2.931	267	746	108.595
030 - LOMBARDIA	2.295.315	563.565	0	2.858.880	141.795	343.060	25.422	368.482	516.630	139.226	129.115	55.892	4.210.020
031 - ACISMOM LOMBARDIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
041 - PROV.AUT. BOLZANO	88.672	25.281	0	113.953	1.755	8.034	1.750	9.784	26.541	4.353	3.352	1.878	161.617
042 - PROV.AUT. TRENTO	40.247	201	0	40.448	2.265	7.225	252	7.477	5.264	2.861	0	804	59.119
050 - VENETO	188.905	62.681	0	251.585	21.375	35.511	3.361	38.872	45.566	11.754	3.669	41.744	414.565
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	154.008	24.564	0	178.572	6.510	7.530	426	7.957	9.802	4.328	389	2.430	209.989
070 - LIGURIA	241.191	92.244	0	333.435	15.255	45.743	4.816	50.559	69.755	9.956	13.309	45.186	537.455
071 - ACISMOM LIGURIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
080 - EMILIA ROMAGNA	433.239	147.030	0	580.269	52.890	59.777	21.368	81.144	114.471	19.769	26.906	46.132	921.580
090 - TOSCANA	341.613	96.640	0	438.253	36.825	63.780	6.288	70.069	82.663	18.752	48.188	8.841	703.591
100 - UMBRIA	104.133	36.689	0	140.822	10.590	26.949	954	27.902	29.454	3.945	9.296	730	222.740
110 - MARCHE	198.558	21.957	0	220.515	6.225	12.511	417	12.928	17.413	3.059	2.258	1.962	264.360
120 - LAZIO	1.422.722	724.956	0	2.147.679	127.230	404.108	26.762	430.871	397.144	88.593	124.501	121.452	3.437.469
121 - BAMBINI GESU'	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
122 - ACISMOM LAZIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
130 - ABRUZZO	83.965	42.759	0	126.724	9.360	4.310	376	4.686	11.916	8.932	1.353	49.157	212.127
140 - MOLISE	39.735	8.007	0	47.742	5.280	4.395	0	4.395	7.211	15.960	64	68.470	149.122
150 - CAMPANIA	2.001.209	1.078.320	0	3.079.529	58.950	260.469	29.433	289.902	260.316	70.428	65.099	65.603	3.889.826
151 - ACISMOM CAMPANIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
160 - PUGLIA	570.351	1.661.984	0	2.232.334	43.065	88.187	23.310	111.497	83.159	194.425	6.741	13.919	2.685.139
161 - ACISMOM PUGLIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
170 - BASILICATA	489.056	706.030	0	1.195.087	31.140	164.344	82.521	246.865	91.815	55.488	12.093	5.236	1.637.724
190 - SICILIA	2.485.904	2.869.374	0	5.355.277	89.685	407.378	17.293	424.671	199.801	41.934	165.648	24.637	6.301.653
200 - SARDEGNA	40.275	5.904	0	46.179	4.065	3.615	500	4.115	6.815	1.291	81	628	63.172
TOTALE	12.367.106	8.670.692	0	21.037.798	728.040	2.128.210	257.616	2.385.826	2.307.100	783.207	697.203	602.129	28.541.302

Tabella 5. Composizione mobilità attiva in valore monetario distinta per Regione di provenienza

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Mobilità infra-regionale

Un interessante fenomeno da indagare per determinare gli investimenti futuri in sanità è la mobilità infra-regionale.

Dalla tabella 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.

Codice Azienda	PROV	ASP 201 res	ASP 201 val	ASP 202 res	ASP 202 val	ASP 203 res	ASP 203 val	ASP 204 res	ASP 204 val	ASP 205 res	ASP 205 val
ASP CS 201	CS	33.354	104.205.062.320	372	1.025.777.890	307	1.174.864.550	178	608.174.160	109	447.032.140
AO Annunziata 912	CS	22.463	84.499.485.800	413	1.815.225.000	567	2.782.479.000	429	1.895.921.000	369	1.561.509.000
I.N.R.C.A. 916	CS	819	3.700.840.810	2	11.024.000	2	12.798.040	0	0	0	0
ASP KR 202	KR	2.373	7.912.450.000	18.206	51.959.145.520	895	3.067.922.420	201	868.882.910	439	3.035.803.060
ASP CE 203	CE	2.644	16.623.978.770	1.084	6.756.305.660	14.856	52.818.629.410	2.396	10.334.362.770	1.546	7.722.816.610
AO Pugliese-De Lellis 913	CE	1.233	3.337.775.060	2.248	7.550.692.530	20.573	67.146.574.400	2.229	8.617.875.000	1.270	4.284.651.510
AOU MD 914	CE	1.780	8.337.661.660	1.402	5.851.504.510	5.198	15.335.908.280	1.570	6.091.747.450	1.665	6.837.638.400
ASP WV 204	WV	139	611.855.300	14	28.579.000	237	643.502.540	9.373	25.449.308.930	422	1.459.409.200
ASP RC 205	RC	147	473.605.030	46	97.854.400	289	618.974.230	754	2.380.682.590	26.839	76.456.774.050
AO GOM 915	RC	379	2.345.883.000	96	782.818.000	219	2.072.717.000	568	2.081.940.000	23.960	83.488.630.000
		65.331	232.048.597.750	23.883	75.878.926.510	43.143	145.674.369.870	17.698	58.328.894.810	56.619	185.294.263.970

Tabella 6. Ricoveri dei residenti in Calabria fuori della provincia di residenza – anno 2019

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 che comprendono l'AO Pugliese- De Lellis e AOU Mater Domini. Solo i residenti in provincia di Cosenza contribuiscono alla mobilità verso queste strutture con un valore di circa 28,2 mln di euro. A seguire quasi allo stesso livello di attrattività si attestano i presidi dell'ASP di Cosenza e il presidio dell'ASP di Crotone. C'è da puntualizzare che il valore dell'ASP di Reggio Calabria, Cosenza e Catanzaro è rappresentato dalla somma di tutti i presidi.

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 abitanti (DM 70/2015). La criticità marcata nella post-acuzie, tra posti letto programmati e posti letto attivati, è principalmente dovuta alla ridotta attivazione dei posti letto attivati sui programmati; per questo motivo, è prevista una nuova configurazione della rete ospedaliera con conseguente modifica ed integrazione del DCA 64/2016. 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 2019-2021, con i principi, i criteri e gli indirizzi di cui al DM Salute n. 71/2022 e ss.mm.ii 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).



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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:¹

- 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, OTA e ausiliari, amministrativi assegnati alle unità di diagnosi e cura);
- il 4% per i farmaci;
- il 13% per i dispositivi sanitari.

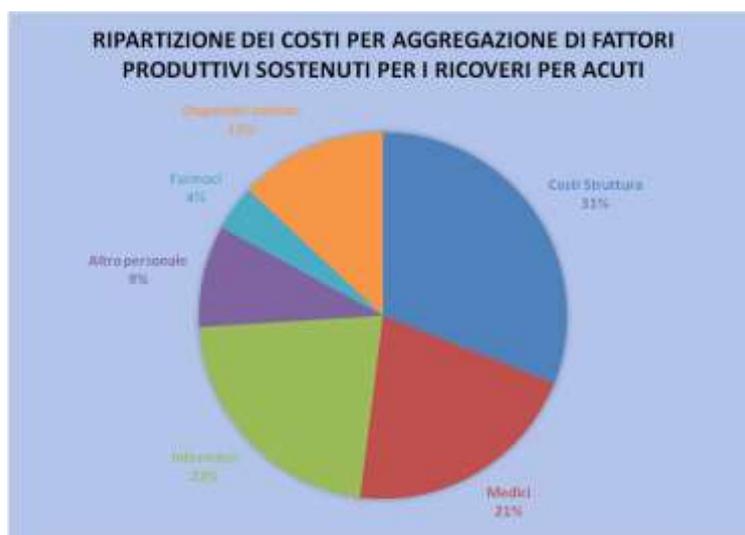


Grafico 4. Ripartizione dei costi per aggregazione di fattori produttivi sostenuti per i ricoveri per acuti

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.

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.

¹ (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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

B.1.a6 Offerta ante operam

La regione Calabria è suddivisa in cinque Aziende Sanitarie Provinciali (ASP); 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	
Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria	P.O. Morelli	HUB – DEA II livello
	P.O. Riuniti	
INRCA	INRCA – Cosenza	INRCSS

Tabella 7. Rete regionale ospedaliera pubblica

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. 65/2020:

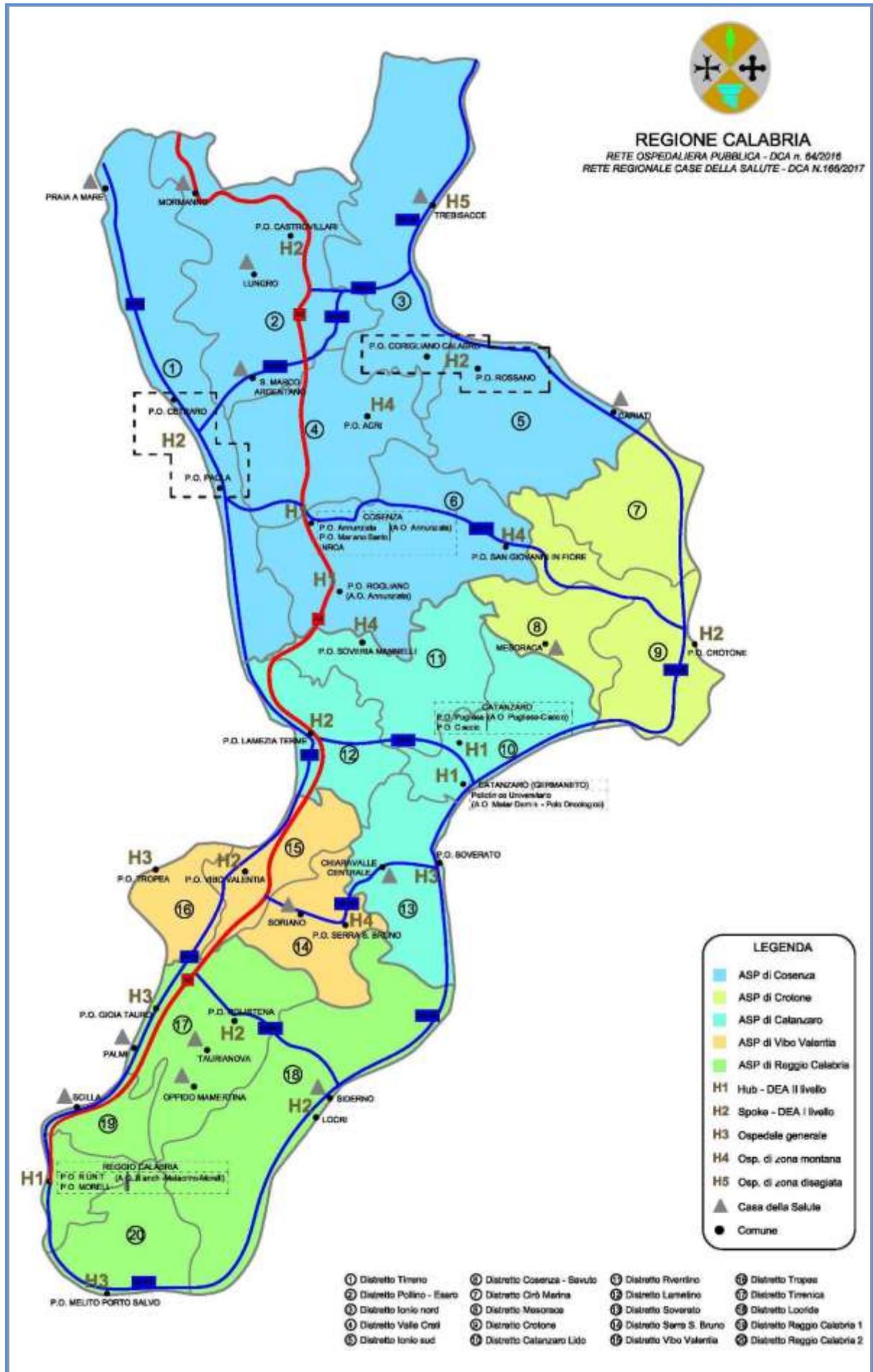
RETE REGIONALE DELLE CASE DELLA SALUTE – DCA n. 65/2020	
AZIENDA	CASA DELLA SALUTE
Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza	Casa della Salute di Cariati
	Casa della Salute di Lungro
	Casa della Salute di Mormanno
	Casa della Salute di San Marco Argentano
	Poliambulatorio di Amantea
Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone	Casa della Salute di Mesoraca
Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro	Casa della Salute di Chiaravalle
Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia	Casa della Salute di Soriano
Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria	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

Tabella 8. Rete regionale Case della Salute

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO





DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 per il 2019:

	Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Totale
Laboratori analisi e strutture di specialistica ambulatoriale	96	30	25	13	87	251
Stabilimenti termali	3	0	1	0	2	6
Centri di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera	19	6	7	1	18	51
Centri di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera per autismo	1	0	1	0	0	2
RSA anziani	16	8	14	1	7	46
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
Case protette per anziani	9	5	9	2	5	30
Case protette per disabili	3	1	2	0	0	6
Hospice	1	1	2	0	1	5
Strutture persone dipendenti da sostanze d'abuso	6	4	6	1	6	23
Case di cura	11	7	5	1	6	30
Totale strutture	171	66	76	19	135	467

Tabella 7 - Strutture sanitarie private accreditate a livello regionale.
Fonte: Registro delle strutture private accreditate Regione Calabria (aggiornato al 2019)



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Nella seguente tabella sono invece riportate le grandi apparecchiature presenti nei presidi ospedalieri pubblici al 31/12/2022.

ASP DI COSENZA			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO S. Giovanni in Fiore	Z11030603	TAC	2013
Casa della Salute Mormanno	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 Praia a Mare	Z11030201	Mammografo	2014
PO Trebisacce	Z11030603	TAC	2013
PO Trebisacce	Z11030201	Mammografo	2007
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	Z11030201	Mammografo	2009
PO Rossano	Z11030605	TAC	2014
PO Rossano	Z11030605	TAC	2020
PO Castrovillari	Z11030601	TAC	2007
PO Castrovillari	Z11030605	TAC	2014
PO Castrovillari	Z11050105	RMN	2008
PO Castrovillari	Z11030202	Mammografo	2014
PO Castrovillari	Z11030102	Angiografo	2010
PO Castrovillari	Z11030102	Angiografo	2012
Casa della Salute S. Marco Argentano	Z11030603	TAC	2008
Casa della Salute S. Marco Argentano	Z11030202	Mammografo	2012
Casa della Salute Cariati	Z11030201	Mammografo	2003
Casa della Salute Amantea	Z11030201	Mammografo	2006
Poliambulatorio Rende	Z11050105	RMN	---
Poliambulatorio Rende	Z11030202	Mammografo	2012
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	Z11030202	Mammografo	2017
ASP DI CATANZARO			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO Soveria Mannelli	Z11030601	TAC	2000
PO Soveria Mannelli	Z11030202	Mammografo	2017
PO Soverato	Z11030601	TAC	2000
PO Soverato	Z11030202	Mammografo	2018
PO Lamezia Terme	Z11030202	Mammografo	2014
PO Lamezia Terme	Z11030604	TAC	2010
PO Lamezia Terme	Z11050105	RM	2007
PST Catanzaro Lido	Z11030202	Mammografo	2017
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 Vibo Valentia	Z11030202	Mammografo	2019
PO Tropea	Z11030603	TAC	2009
PO Serra San Bruno	Z11030201	Mammografo	2012
PO Serra San Bruno	Z11030602	TAC	2006
ASP DI REGGIO CALABRIA			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO Locri	Z11030605	TAC	2019
PO Locri	Z11030202	Mammografo	1995
PO Locri	Z11030202	Mammografo	2020
PO Locri	Z11050105	RM	2021
PO Gioia Tauro	Z11030201	Mammografo	2004
Casa della Salute Oppido Mamertina	Z11030201	Mammografo	2003
Poliambulatorio Reggio Calabria	Z11030201	Mammografo	2020
PO Polistena	Z11030604	TAC	2019
PO Polistena	Z11050105	RM	2021
PO Polistena	Z11030202	Mammografo	2020
PO Melito Porto Salvo	Z11050105	RM	2021
PO Melito Porto Salvo	Z11030603	TAC	2011
PO Melito Porto Salvo	Z11030201	Mammografo	2000



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 Annunziata	Z11030202	Mammografo	2013
PO Annunziata	Z11030102	Angiografo	2013
PO Annunziata	Z11030102	Angiografo	2018
PO Annunziata	Z11030102	Angiografo	2012
PO Annunziata	Z11030102	Angiografo	2009
PO Mariano Santo	Z11030605	TAC	2017
PO S. Barbara di Rogliano	Z11030602	TAC	2005
PO Mariano Santo	Z11020105	Gamma camera	2009
PO Mariano Santo	Z11020201	Gamma camera-TAC	2012
PO Mariano Santo	Z11020301	PET-TC	2016
PO Mariano Santo	Z11010103	Acceleratore lineare	1997
PO Mariano Santo	Z11010103	Acceleratore lineare	1997
AO PUGLIESE-DE LELLIS DI CATANZARO			
PRESIDIO OSPEDALIERO	CODIFICA CND	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	ANNO INSTALLAZIONE
PO Pugliese	Z11020103	Gamma camera	2006
PO Pugliese	Z11020103	Gamma camera	2002
PO Pugliese	Z11030607	TAC	2014
PO Pugliese	Z11030102	Angiografo	2008
PO Pugliese	Z11030102	Angiografo	2008
PO Pugliese	Z11030103	Angiografo	2021
PO Pugliese	Z11030202	Mammografo	2014
PO Pugliese	Z11030202	Mammografo	2014
PO Pugliese	Z11030202	Mammografo	2020
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	Z11030202	Mammografo	2018
PO Riuniti	Z11010102	Acceleratore lineare	1999
PO Riuniti	Z12020101	Robot per chirurgia endoscopica	2016
PO Riuniti	Z11030102	Angiografo	2010
PO Riuniti	Z11030102	Angiografo	2010
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

Il suddetto quadro riepilogativo è in continuo aggiornamento tenuto conto che sono in fase di attuazione i programmi di ammodernamento tecnologico finanziati a valere sull'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 e sulla Componente 2 del PNRR - Sub-investimento: 1.1.2 "Grandi Apparecchiature".



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 extra-ospedaliere 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)



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.

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).

Con il DCA n. 65 del 1° marzo 2018 è stato approvato l'AIR ponte di riorganizzazione dell'Assistenza Primaria in AFT e UCCP e con il successivo DCA n. 161 del 2 agosto 2018 è stato approvato l'Atto di indirizzo per l'applicazione dell'AIR ponte.

Con il DCA n. 149 del 17 dicembre 2020 è stato l'Accordo Integrativo Regionale (AIR) per la Medicina Generale di recepimento dell'ACN 30 ottobre 2020 per il rafforzamento delle attività territoriali di diagnostica di primo livello e di prevenzione della trasmissione di SARS-COV-2:

1. potenziare la risposta territoriale per la grave situazione emergenziale che si sta affrontando, con il contributo professionale della Medicina Generale, primo contatto del paziente e la capillarità degli studi medici;
2. dotare i Medici di Medicina Generale di un valido supporto per la diagnosi di COVID-19, in relazione alla previsione della stagione invernale ed al conseguente prevedibile aumento dei casi di sindromi simil-influenzali (ILI) fornendo alla popolazione una risposta tempestiva ed una conseguente presa in carico, nel caso sia posto il sospetto per COVID-19;
3. attivare rapidamente le USCA nel caso che pazienti monitorati dal MMG con triage telefonico necessitino di valutazione domiciliare per l'aggravarsi delle condizioni cliniche o per effettuare il tampone domiciliare;
4. implementare l'associazionismo tra MMG, che attualmente coinvolge meno della metà dei MMG, estendendolo in immediato a tutti i MMG in modo da poter affrontare in maniera più organica la grave emergenza COVID-19, considerando che il DCA n. 65-18 prevede che tutti i MMG confluiscono nelle nuove forme associative;
5. realizzare specifica formazione, con certificazione delle competenze acquisite, per l'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche, come previsto dall'art. 2, comma 5, dell'ACN del 30/10/2020;



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

6. acquisire un'adeguata formazione per l'esecuzione dei tamponi antigenici.

In data 20 gennaio 2022 è stato sottoscritto l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2016-2018.

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.

Il PDTA è stato adottato con DCA n. 213 dell'8 novembre 2018.

PDTA BRONCO PNEUMOPATIA CRONICO OSTRUTTIVA (BPCO)

Con DCA n. 11 del 02/04/2015 è stato approvato il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)" elaborato dal gruppo tecnico appositamente costituito.

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 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.

È 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 e 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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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. 64/2016, 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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 crono-programma 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. È 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 fonìa, 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 tracciate da un Server collocato nel CED regionale che riceve informazioni ed è in grado di elaborare report.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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. 65 del 31/3/2020, è stata approvata una parziale modifica del DCA 166 del 13/12/2017 della programmazione relativa alla rete di assistenza territoriale.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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

- 10% in R1 (RSA-M) pari a 426 posti letto;
- 48% in R2 (RSA) pari a 2.046 p.l.;
- 42% in R3 (CP) pari a 1.792 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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 e successivamente rimodulata con il DCA n. 64/2016, 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 2022-2025, approvato con DCA n. 162 del 18/11/2022, 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:



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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 consentano 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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 2022-2025, approvato con DCA n. 162 del 18/11/2022 e s.m.i., 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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 ospedale-centrica, 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 le strutture da realizzare attraverso il PNRR, 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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 operativi (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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

CATENA DEGLI OBIETTIVI GENERALI, SPECIFICI E OPERATIVI – PRIMO STRALCIO OPERATIVO E TERZO STRALCIO DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE		
Obiettivi Generali (G)	Obiettivi Specifici (S)	Obiettivi Operativi (O) Interventi
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	ST3-NO2 - Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria ST3-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza
	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
		ST3-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza ST3-AD5 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST3-AD5 - 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
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
		ST3-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza ST3-AD5 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza
OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale		ST3-AD5 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza
OG3 - Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale		OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri
	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
		ST3-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza ST3-AD5 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST3-AD5 - 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 ST3-NO3 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza		



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

CATENA DEGLI OBIETTIVI GENERALI, SPECIFICI E OPERATIVI – SECONDO STRALCIO PROGRAMMATICO		
Obiettivi Generali (G)	Obiettivi Specifici (S)	Obiettivi Operativi (O) Interventi
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	ST2-NO1 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO1 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
		ST2-AD3 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro
OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-AD4 - 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-NO1 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO1 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
		ST2-AD3 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro
OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	
OG3 - Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST2-NO1 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO1 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
		ST2-AD3 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini
OS5 - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	ST2-AD3 - Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro	
		ST2-NO1 - Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro
		ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 sui presidi ospedalieri di Lamezia Terme e Crotona.

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.

Completano il quadro programmatico complessivo gli interventi riguardanti l'ampliamento del Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria, il Nuovo Ospedale di Cosenza e la Cittadella della Salute di Cosenza, le cui iniziative sono state ritenute valutabili 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)

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

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

Terzo stralcio interventi – Programmazione regionale

6. Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria (Appalto di lavori, forniture e servizi)
7. Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza (Appalto di lavori, forniture e servizi)
8. Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza (Appalto di lavori, forniture e servizi)



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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	-----
Totale primo stralcio		45.000.000,00	42.750.000,00	0,00	2.250.000,00	0,00
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-NO1	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro	170.000.000,00	137.652.306,51	17.571.984,68	14.775.708,81	-----
ST2-AD3	Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro	40.000.000,00	38.000.000,00	-----	2.000.000,00	-----
ST2-AD4	Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	25.000.000,00	23.750.000,00	-----	1.250.000,00	-----
Totale secondo stralcio		235.000.000,00	199.402.306,51	17.571.984,68	18.025.708,81	0,00
Totale complessivo		280.000.000,00	242.152.306,51	17.571.984,68	20.275.708,81	0,00

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-NO2	Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria	270.000.000,00	0	270.000.000,00	0	0
ST3-NO3	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza	349.000.000,00	0	349.000.000,00	0	0
ST3-AD5	Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza	45.000.000,00	0	45.000.000,00	0	0
Totale terzo stralcio		664.000.000,00	0,00	664.000.000,00	0,00	0,00



***INTERVENTI PRIMO STRALCIO
ATTUATIVO***



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 le 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

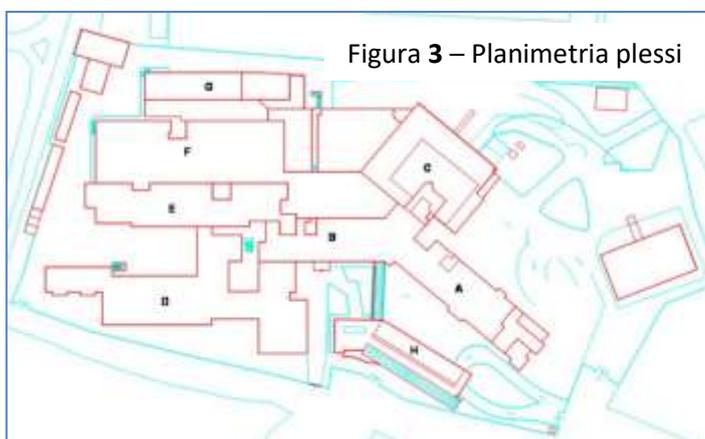


Figura 3 – Planimetria plessi





DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

PRESIDIO OSPEDALIERO DI CROTONE						
Programmazione regionale						
Area	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Posti letto programmazione regionale			Totale PL
			Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	
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
Totale			17	12	265	294



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 sotto fasi: 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 sotto fase, nella seconda sotto fase 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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 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
Totale importo a base d'asta			€ 20.000.000,00

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
Totale B somme a Disposizione			€ 5.000.000,00

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;





DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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 corpi scala interposti 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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAMEZIA TERME						
Programmazione regionale						
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
Totale			24	7	249	280



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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
Totale importo a base d'asta			€ 13.505.081,90

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
Totale B somme a Disposizione			€ 6.494.918,10

Totale € 20.000.000,00



***INTERVENTI SECONDO STRALCIO
PROGRAMMATICO***



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

INTERVENTO N. 3 - ST2-NO1

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 e s.m.i., 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 la Legge Regionale 13 marzo 2019, n. 6, recante "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, è stato prefigurato il percorso per l'integrazione dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", che avrebbero dovuto assumere, mediante fusione per incorporazione, la denominazione di



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini-Pugliese Ciaccio". La suddetta Legge Regionale è stata abrogata dall'art. 11, comma 2, L.R. 30 aprile 2020, n. 1.

Con successiva legge della Regione Calabria 30 aprile 2020, n. 1, recante "Interventi di manutenzione normativa sulle leggi regionali 19/2002, 14/2014, 9/2018, 32/1996, 9/1992, 28/2010, 5/2018 e 6/2019", all'art. 9, è stata disposta l'integrazione dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese – Ciaccio" con l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Mater Domini", prevedendo la costituzione di una nuova azienda ospedaliera denominata "Azienda Ospedaliero Universitaria "Mater Domini - Pugliese Ciaccio". Con sentenza n. 50 del 9 febbraio 2021 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 9, commi 1, 2 e 4 della L.R. n. 1/2020.

Con successiva legge della Regione Calabria 16 dicembre 2021, n. 33, recante "Razionalizzazione e miglioramento dell'offerta assistenziale nel territorio regionale e stata disposta la fusione dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini, in conformità alle previsioni del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale e in considerazione dell'intesa intervenuta tra il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro nella Regione Calabria e l'Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro, l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro è incorporata nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini".

Il protocollo d'intesa stipulato tra Regione Calabria e Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro, ai sensi dell'art. 2, co. 1 della L.R. n. 33 del 16/12/2021, regolante i rapporti in materia di *attività integrate di didattica, ricerca e assistenza*, è stato pubblicato sul BURC del 27/04/2023.

Conseguentemente, ai sensi dell'art. 3, comma 1 della citata L.R, a decorrere dal 28/04/2023 è divenuta efficace la fusione per incorporazione dell'AO "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro e dell'AOU "Mater Domini" di Catanzaro e pertanto, a decorrere dalla stessa data, l'AOU "Mater Domini" di Catanzaro, ha assunto la denominazione di Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco".

In considerazione dell'avvenuto accorpamento tra le due Aziende Ospedaliere di Catanzaro, l'intervento relativo alla realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro è stato inserito, pertanto, nel secondo stralcio programmatico del presente Documento Programmatico.

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;



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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 e 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:



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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 disagiata 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.
È 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:



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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>
P.O. Pugliese	23	22	415	460	35
P.O. Ciaccio	30	0	28	58	0
Totale A.O. Pugliese - Ciaccio	53	22	443	518	35

Nelle tabelle seguenti il dettaglio delle discipline e dei posti letto previsti dal DCA n. 64/2016:



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MATER DOMINI"					
PROGRAMMAZIONE REGIONALE					
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	8
	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 ENDOCOSCOPIA 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 (NTERVENTISTICA ENDOVAS.)				-	
GENETICA MEDICA				-	
		-	-	-	-
POST ACUZIE	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
	TOTALE	22	19	227	268



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE - CIACCIO" PRESIDIO PUGLIESE PROGRAMMAZIONE REGIONALE						
Area	Descrizione disciplina	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	
CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE		2	18	20	
	CHIRURGIA GENERALE (ENDOSCOPIA 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	
	CHIRURGIA VASCOLARE		2	8	10	
	NEUROCHIRURGIA		1	24	25	
	OCULISTICA		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	15
	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	-	22	147	169
MATERNO INFANTILE	NIDO			12	12	
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA			20	20	
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA (AOU Mater Domini)	2		18	20	
	PEDIATRIA	2		18	20	
	PEDIATRIA (AOU Mater Domini)	3		13	16	
	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				-	
DETTENUTI			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 ACUZIE	UNITA' SPINALE			10	10	
	RECUPERO E RIABILITAZIONE				-	
SUPPORTO	COMPARTI OPERATORI			10	10	
	FARMACIA OSPEDALIERA				-	
	DIREZIONE MEDICA P.O.				-	
	DIREZIONE MEDICA P.O. (SUPP. DE LELLIS)				-	
TERAPIE INTENSIVE	FISICA SANITARIA				-	
	TERAPIA INTENSIVA			16	16	
	TERAPIA INTENSIVA (DONAZIONE E TRAPIANTI)				-	
	UNITA' CORONARICA			12	12	
				28	28	
		23	22	415	460	

AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE - CIACCIO" PRESIDIO CIACCIO PROGRAMMAZIONE REGIONALE					
Area	Descrizione disciplina	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL
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
	TOTALE	30	-	28	58



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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	10	Nuovo Ospedale	-	4	12	16
Mater Domini	CHIRURGICA	14	CHIRURGIA VASCOLARE	2	6	8	8		-	-	-	-
		14 Totale		-	4	14	18		-	4	12	16
Pugliese	CHIRURGICA	30	NEUROCHIRURGIA	1	24	25	25	Nuovo Ospedale	-	2	20	22
Mater Domini	CHIRURGICA	30	NEUROCHIRURGIA	1	9	10	10		-	-	-	-
		30 Totale		-	2	33	35		-	2	20	22
Pugliese	CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4	26	30	30	Nuovo Ospedale	2	-	28	30
		36 Totale		-	4	26	30		2	-	28	30
Pugliese	CHIRURGICA	38	OTORINOLARINGOIATRIA	4	6	10	10	Nuovo Ospedale	-	2	10	12
Mater Domini	CHIRURGICA	38	OTORINOLARINGOIATRIA (con audiologia)	1	4	5	5		-	-	-	-
		38 Totale		-	5	10	15		-	2	10	12
Pugliese	CHIRURGICA	43	UROLOGIA	1	13	14	14	Nuovo Ospedale	-	2	18	20
Mater Domini	CHIRURGICA	43	UROLOGIA	2	6	8	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	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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 allegate 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 dal 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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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. Tali 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 contro terra per realizzazione di parcheggi interrati, etc.);



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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 ulteriori capitoli di spesa, 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:

Lavori	€ 95.000.000,00
Sicurezza Lavori (3%)	€ 2.500.000,00
Parziale lavori	€ 97.500.000,00
Apparecchiature	€ 20.000.000,00
Arredi	€ 2.000.000,00
Sicurezza Forniture (2,00%)	€ 500.000,00
Parziale forniture	€ 22.500.000,00
Tot lavori+forniture	€ 120.000.000,00
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	€ 19.000.000,00
Tot lavori+forniture+spese tecniche	€ 139.000.000,00
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	€ 19.047.200,00
Oneri concessionario	€ 158.047.200,00
Oneri concedente	
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
Oneri concedente	€ 11.952.800,00
Oneri concess+conced	€ 170.000.000,00

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

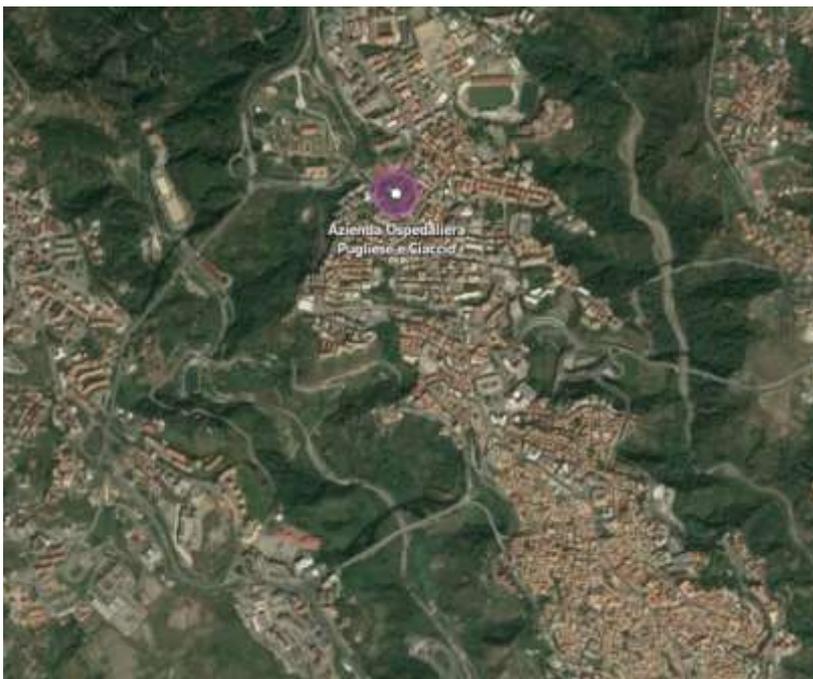
INTERVENTO N. 4 - ST2-AD3

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 sé 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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

ATTIVITA'	SUPERFICIE
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	
Totale	20.000 mq

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	
Lavori - Forniture - Servizi	
Lavori	€ 23.000.000,00
Sicurezza Lavori (3%)	€ 750.000,00
Parziale lavori	€ 23.750.000,00
Apparecchiature	€ 4.500.000,00
Arredi	€ 500.000,00
Sicurezza Forniture (2,00%)	€ 100.000,00
Parziale forniture	€ 5.100.000,00
Tot lavori+forniture	€ 28.850.000,00
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	€ 4.500.000,00
Tot lavori+forniture+spese tecniche	€ 33.350.000,00
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	€ 4.526.600,00
Totale Lavori - Forniture - Servizi	€ 37.876.600,00
Somme a disposizione	
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
Totale Somme a disposizione	€ 2.123.400,00
Totale generale	€ 40.000.000,00

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

INTERVENTO N. 5 - ST2-AD4

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 sé 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.



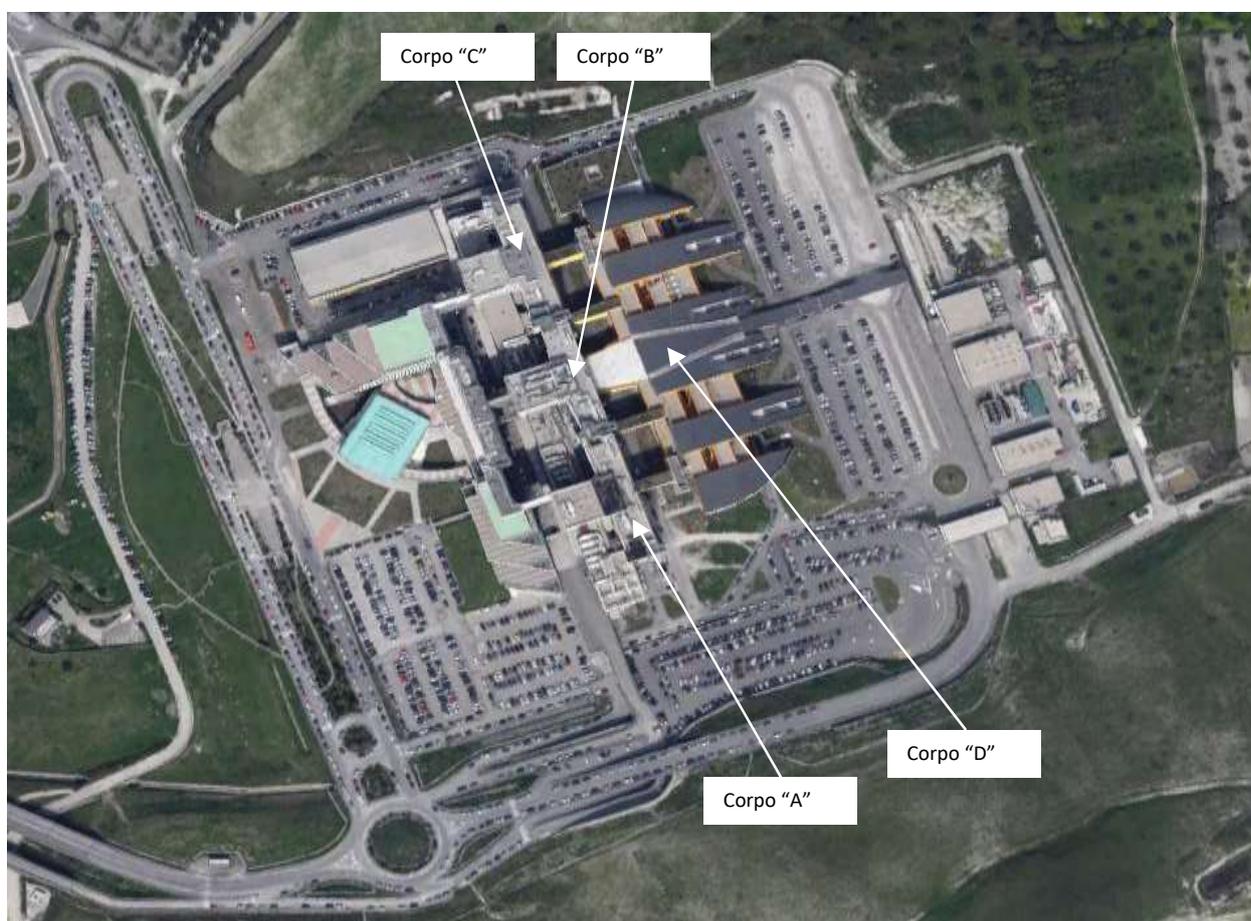


DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

L'accesso all'area ospedaliera nel suo complesso è stato pensato e realizzato dal corpo "D" così da rendere i percorsi all'interno del complesso ospedaliero sempre più protetti a 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>
P.O. Mater Domini	22	19	227	268	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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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 ISPEL 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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 DR 2018	HSP DS 2018	HSP DO 2018	HSP Tot. PL 2018
Mater Domini	CHIRURGICA	7	CARDIOCHIRURGIA	-	-	14	14	Mater Domini	-	-	20	20
		7 Totale		-	-	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		-	-	-	-
		9 Totale		-	6	49	55		-	4	35	35
Mater Domini	CHIRURGICA	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	-	2	6	8	Mater Domini	-	2	14	16
		10 Totale		-	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		-	-	-	-
		12 Totale		-	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		-	-	-	-
		34 Totale		-	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	-	-	-	-		-	-	-	-
		35 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-	1	7	8	Mater Domini	-	1	9	10
		36 Totale		-	1	7	8		-	1	9	10
Mater Domini	CHIRURGICA	38	OTORINOLARINGOIATRIA	-	-	-	-		-	-	-	-
		38 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	CHIRURGICA	98	DAY SURGERY	-	15	-	15	Mater Domini	-	-	-	-
		98 Totale		-	15	-	15		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	27	MEDICINA LEGALE	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		27 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	55	FARMACOLOGIA CLINICA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		55 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	61	MEDICINA NUCLEARE	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	61	MEDICINA NUCLEARE	-	-	-	-		-	-	-	-
		61 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	69	RADIOLOGIA (d'elezione)	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		69 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
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)	-	-	-	-		-	-	-	-
		100 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	105	GENETICA MEDICA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		105 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini		121	COMPARTI OPERATORI	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		121 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	125	NUTRIZIONE CLINICA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		125 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	199	IGIENE OSPEDALIERA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		199 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	DS	DIREZIONE MEDICA P.O.	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		DS Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	F	FARMACIA OSPEDALIERA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		F Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	DIAGNOSTICA E SUPPORTO	FS	FISICA SANITARIA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		FS Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Mater Domini	EMERGENZA	49	TERAPIA INTENSIVA	-	-	14	14	Mater Domini	-	-	14	14
		49 Totale		-	-	14	14		-	-	14	14
Mater Domini	EMERGENZA	50	UNITA` CORONARICA	-	-	12	12	Mater Domini	-	-	12	12
		50 Totale		-	-	12	12		-	-	12	12
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	-	2	8	10	Mater Domini	-	2	8	10
		11 Totale		-	2	8	10		-	2	8	10



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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
		31 Totale		-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	2	18	20	Mater Domini	2	-	38	40
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA (centro IVG)	-	-	-	-		-	-	-	-
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA (Mater Domini)	-	2	18	20		-	-	-	-
		37 Totale		-	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)	-	-	-	-		-	-	-	-
		39 Totale		3	-	13	16	3	-	17	20	
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	62	NEONATOLOGIA	-	-	15	15	Mater Domini	2	-	13	15
		62 Totale		-	-	15	15	2	-	13	15	
Pugliese	MATERNO-INFANTILE	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-	-	10	10	Mater Domini	-	-	12	12
		73 Totale		-	-	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	-	-	-	-
		8 Totale		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		-	-	-	-
		19 Totale		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		-	-	-	-
		21 Totale		4	-	36	40	2	-	28	30	
Mater Domini	MEDICA	26	MEDICINA GENERALE	2	-	10	12	Mater Domini	2	-	18	20
		26 Totale		2	-	10	12	2	-	18	20	
Mater Domini	MEDICA	29	NEFROLOGIA	-	-	8	8	Mater Domini	-	-	-	-
		29 Totale		-	-	8	8	-	-	-	-	
Mater Domini	MEDICA	32	NEUROLOGIA	2	-	14	16	Mater Domini	2	-	14	16
		32 Totale		2	-	14	16	2	-	14	16	
Mater Domini	MEDICA	40	PSICHIATRIA	-	-	-	-	Mater Domini	-	-	-	-
		40 Totale		-	-	-	-	-	-	-	-	
Pugliese	MEDICA	52	DERMATOLOGIA	-	-	10	10	Mater Domini	2	-	8	10
Mater Domini	MEDICA	52	DERMATOLOGIA	-	-	-	-		-	-	-	-
		52 Totale		-	-	10	10	2	-	8	10	
Pugliese	MEDICA	54	EMODIALISI	-	-	15	15	Mater Domini	15	-	-	15
		54 Totale		-	-	-	-	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		-	-	-	-
		58 Totale		2	-	16	18	2	-	8	10	
Pugliese	MEDICA	97	DETENUTI	-	-	2	2	Mater Domini	-	-	4	4
		97 Totale		-	-	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
		56 Totale		-	-	8	8	8	-	-	8	
		Totale Pugliese - Mater Domini		20	42	372	434	Tot. Mater Domini	45	15	387	443

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:



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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 gli ulteriori capitoli di spesa necessari.

Si riporta nel seguito una tabella sintetica relativa al quadro economico presunto:

QUADRO ECONOMICO Adeguamento Mater Domini	
Lavori - Forniture - Servizi	
Lavori	€ 13.500.000,00
Sicurezza Lavori (3%)	€ 500.000,00
Parziale lavori	€ 14.000.000,00
Apparecchiature	€ 3.500.000,00
Arredi	€ 400.000,00
Sicurezza Forniture (2,00%)	€ 100.000,00
Parziale forniture	€ 4.000.000,00
Tot lavori+forniture	€ 18.000.000,00
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	€ 2.850.000,00
Tot lavori+forniture+spese tecniche	€ 20.850.000,00
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	€ 2.932.080,00
Totale Lavori - Forniture - Servizi	€ 23.782.080,00
Somme a disposizione	
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
Totale Somme a disposizione	€ 1.217.920,00
Totale generale	€ 25.000.000,00

Riguardo ai tempi di esecuzione, il tempo minimo è pari a 2 anni.



***INTERVENTI TERZO STRALCIO
PROGRAMMAZIONE REGIONALE***



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

INTERVENTO N. 6 - ST3-NO2

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. Successivamente, l'INAIL si è resa disponibile a rimodulare l'importo dell'intervento fino all'importo di € 270.000.000,00, che è stato ritenuto valutabile con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14/09/2022.

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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. 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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

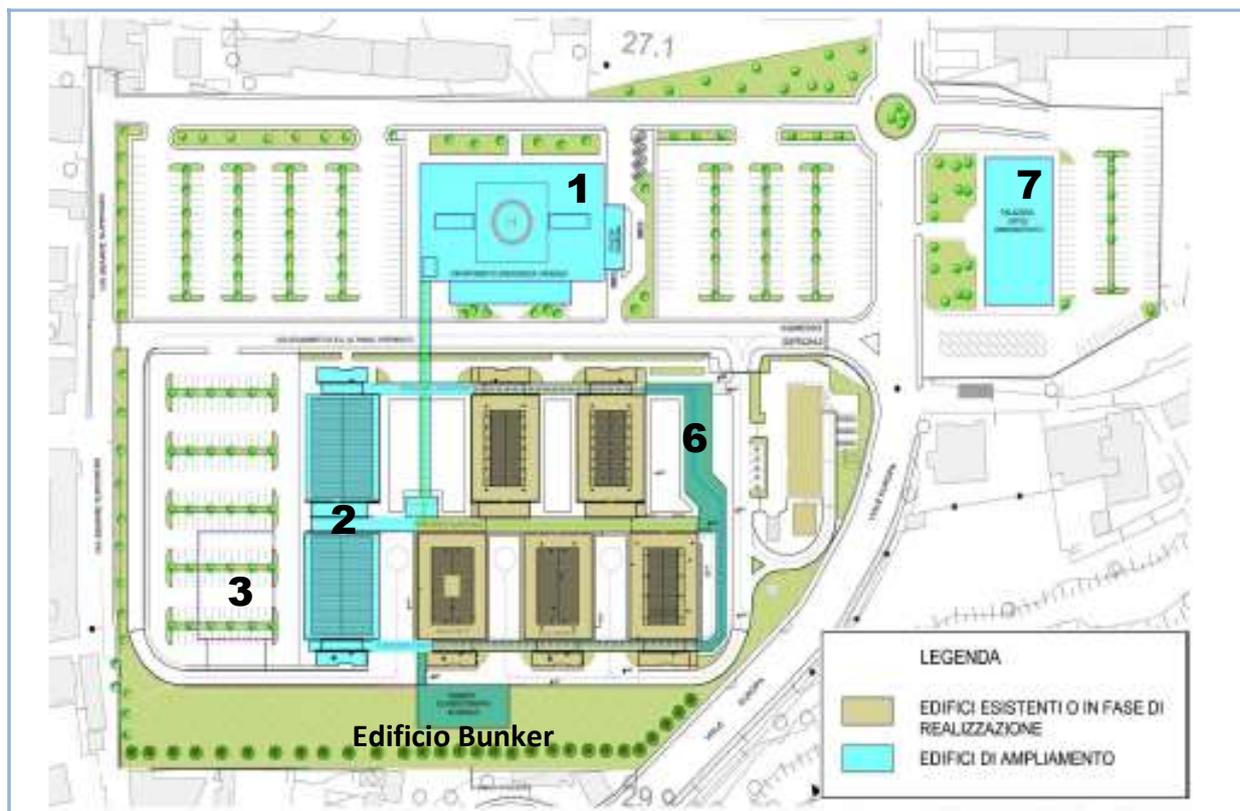
Più in dettaglio il progetto di ampliamento prevede la realizzazione dei seguenti edifici:

EDIFICIO 1	
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.).	<p>Ipotesi minima: Superficie totale stimata mq 16.000</p> <p>Piano Locali tecnici e interrato radiodiagnostica d'immagine, spogliatoi</p> <p>Piano terra Pronto soccorso, camera calda, O.B.I e ambulatori</p> <p>Piano primo Terapia intensiva</p> <p>Piano Cardiochirurgia emodinamica secondo e UTIC</p> <p>Piano terzo Reparto operatorio</p>
EDIFICIO 2	
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.	<p>Ipotesi minima: Superficie totale stimata mq 19.300</p> <p>Piano Locali tecnici, magazzini e interrato riabilitazione</p> <p>Piano terra Area ambulatori e day hospital</p> <p>Piano primo Area ambulatori e day hospital</p> <p>Piano Degenza (60 p.l.) secondo</p> <p>Piano terzo Degenza (60 p.l.)</p> <p>Piano Degenza (60 p.l.) quarto</p> <p>Piano Degenza (60 p.l.) quinto</p> <p>Piano sesto Locali tecnici</p>
EDIFICIO 3	
Costituito da un unico livello interrato è destinato a centrale tecnologica e cucina.	<p>Ipotesi minima: Superficie totale stimata mq 1.000</p> <p>Piano Centrale tecnologica + cucina interrato</p>
EDIFICIO 6	
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.	<p>Ipotesi minima: Superficie totale stimata mq 1.900</p> <p>Edifici di collegamento</p>
EDIFICIO 7	
Si sviluppa su 4 livelli di cui 1 interrato e 3 fuori terra ed è destinato ad ospitare gli uffici amministrativi dell'Azienda.	<p>Ipotesi minima: Superficie totale stimata mq 3.800</p> <p>Piano interrato Locali tecnici/archivi</p> <p>Piano terra Uffici</p> <p>Piano primo uffici</p> <p>Piano secondo Uffici</p>
EDIFICIO BUNKER	
Costituito un unico livello completamente interrato nel quale è prevista la realizzazione di 2 bunker al servizio dell'adiacente unità di radioterapia.	<p>Ipotesi minima: Superficie totale stimata mq 440</p>



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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

Numero minimo di posti letto intervento di ampliamento: 340



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria Programmazione regionale						
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
MATERNO INFANTILE	31	NIDO			20	20
	37	OSTETRICA 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
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
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
Totale			41	17	520	578



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Il GOM di Reggio Calabria ha richiesto alla Regione Calabria di assumere le funzioni di centrale di committenza per la procedura in oggetto e in data 21/02/2018 è stata sottoscritta, tra la Regione Calabria e lo stesso GOM, la convenzione regolante i rapporti per l'attuazione delle attività di indagine, progettazione e verifica dell'intervento.

- Servizio di progettazione e attività di indagine

Con decreto dirigenziale n. 7323 del 06/07/2018, è stata formalmente indetta la gara, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32, comma 2, del D.Lgs. 50/2016, con procedura aperta, ex art. 60 D.Lgs 50/2016, per l'affidamento dei servizi di redazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica e definitivo, comprensivi delle necessarie attività di indagine, per la realizzazione dell'intervento denominato "Ampliamento nuovo ospedale Morelli di Reggio Calabria".

Con decreto n. 3153 del 14/03/2019 il servizio di progettazione è stato aggiudicato al RTI STEAM S.r.l. (mandataria) - PINEARQ Slp - Ing. Taverriti Alessandro - Studio Valle Progettazioni S.r.l. - Dr. Aquilino Ambrogio - Dr. Moro Gianfranco (mandanti) ed è dichiarato efficace con provvedimento del RUP prot. n. 268921 del 19/07/2019, a conclusione delle verifiche previste dalla lex specialis di gara.

In data 22 novembre 2019 è stato sottoscritto, tra la Regione Calabria ed il RTI STEAM srl, il contratto, registrato al repertorio n. 126, per l'affidamento del servizio di progettazione dell'Ampliamento del Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria.

Il contratto prevede la redazione del Progetto di fattibilità tecnica ed economica, per come previsto dall'art. 23, comma 5, sulla base dell'avvenuto svolgimento delle indagini e verifiche di cui al successivo comma 6 del medesimo art. 23 del Codice, nonché il Progetto definitivo, di cui all'art. 23, comma 7 del D.Lgs. n. 50/2016. È prevista altresì l'opzione che l'Amministrazione affidi al medesimo aggiudicatario la prestazione della Progettazione esecutiva, compreso l'incarico di coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, di cui all'art. 23, comma 8 del D.Lgs. n. 50/2016 e agli artt. da 33 a 43 del DPR 207/2010.

- Servizio di verifica della progettazione

Con decreto dirigenziale n. 7100 del 13/06/2019, rettificato parzialmente dal decreto dirigenziale n. 8891 del 24/07/2019, si è proceduto a indire la gara con procedura aperta per l'affidamento del Servizio di verifica della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs n. 50/2016, relativa alla realizzazione dell'ampliamento del Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria."

Con decreto dirigenziale n. 529 del 27/01/2020 è stata disposta l'aggiudicazione ai sensi dell'art. 32, comma 5 del D.Lgs. 50/2016, del Servizio di verifica della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs n. 50/2016, relativa alla realizzazione dell'ampliamento del Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria.", all'Operatore economico ITS Controlli Tecnici S.p.A.

In data 24/06/2021 è stato sottoscritto tra la Regione Calabria e la società ITS Controlli Tecnici S.p.A., il contratto registrato al repertorio n. 22263, per l'affidamento del Servizio di verifica della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva, ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs n. 50/2016, per la realizzazione dell'ampliamento del Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria.

Attualmente è in corso di definizione il progetto di fattibilità tecnica ed economica.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

INTERVENTO N. 7 – ST3-NO3

AO DI COSENZA

REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI COSENZA

PREMESSE

L'intervento, il cui importo ammonta a € 349.000.000,00, è stato ritenuto valutabile con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14/09/2022, tra le 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*).

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;

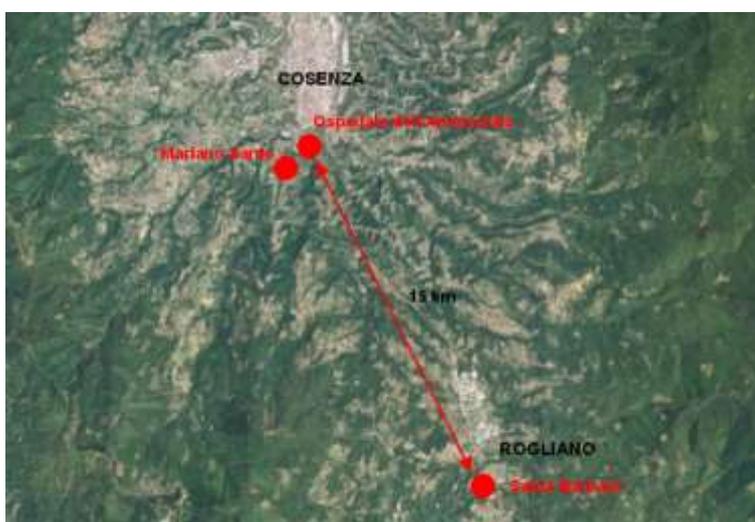


Figura 3 – Individuazione dei presidi ospedalieri esistenti



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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.

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 diversa tipologia 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;



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Servizio Immunotrasfusionale	Blocco Servizi Area donazione e centro trasfusionale	<i>Rete Traumi</i>
OBI e subintensiva	Pronto Soccorso	
Neurochirurgia	Degenza chirurgica e Terapia Intensiva	<i>Rete Traumi</i>
Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica	Degenza chirurgica e Terapia intensiva	
Chirurgia Vascolare	Degenza chirurgica	<i>Rete Ictus</i>
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	<i>Rete Traumi</i>
Rianimazione pediatrica e neonatale	Terapia Intensiva Polo materno/infantile	<i>Rete Traumi</i>
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	
Geriatrica	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	<i>Rete Ictus</i>
Microbiologia e virologia	Blocco Servizi Laboratorio analisi e anatomia patologica	
Recupero e riabilitazione	Degenza medica di post-acuzie e area riabilitazione	<i>Rete Ictus</i>
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	



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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
DEGENZE		30.415,00	553		
Degenza medica			255		TORRI
	Degenza ordinaria di Medicina		175		TORRI
	Degenza infettivologica ed ematologia		34		TORRI
	Degenza oncologica		30		TORRI
	Degenza psichiatrica		16		TORRI
Degenza chirurgica			160		TORRI
Day hospital			66		PIASTRA
Daysurgery			41		PIASTRA
Prericoveri					PIASTRA AMBULATORIALE
Post-acuzie			11		TORRI
Lungodegenze			20		TORRI
DEGENZA INTENSIVA		1.600,00	27		
Terapia intensiva			17		PIASTRA
UTIC			10		PIASTRA
AREA AMBULATORIALE		5.000,00	100	AMBULATORI	
	Generici				PIASTRA AMBULATORIALE
	Chirurgici				PIASTRA AMBULATORIALE
	ALPI-Libera				PIASTRA



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

professione					AMBULATORIALE
AREA OPERATORIA	5.400,00				
	Blocco operatorio			10 SALE ORDINARIE + 4 PER DAY SURGERY	PIASTRA
	Blocco angiografico			5 SALE + 1 SALA HIFU	PIASTRA
AREA MATERNO-INFANTILE	7.500,00 100				
	Area punto nascita			5 SALE TRAVAG/PARTO + 3 SALE OPER.	PIASTRA
	Day hospital		7		PIASTRA
	Daysurgery		5		PIASTRA
	Area neonatale				TORRI
	Degenza pediatrica		14		TORRI
	Degenza ostetricia e ginecologia		45		TORRI
	Degenza neonatologia		19		TORRI
	Terapia intensiva neonatale		10		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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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;



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- ✓ 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 obiettivi 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,



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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.

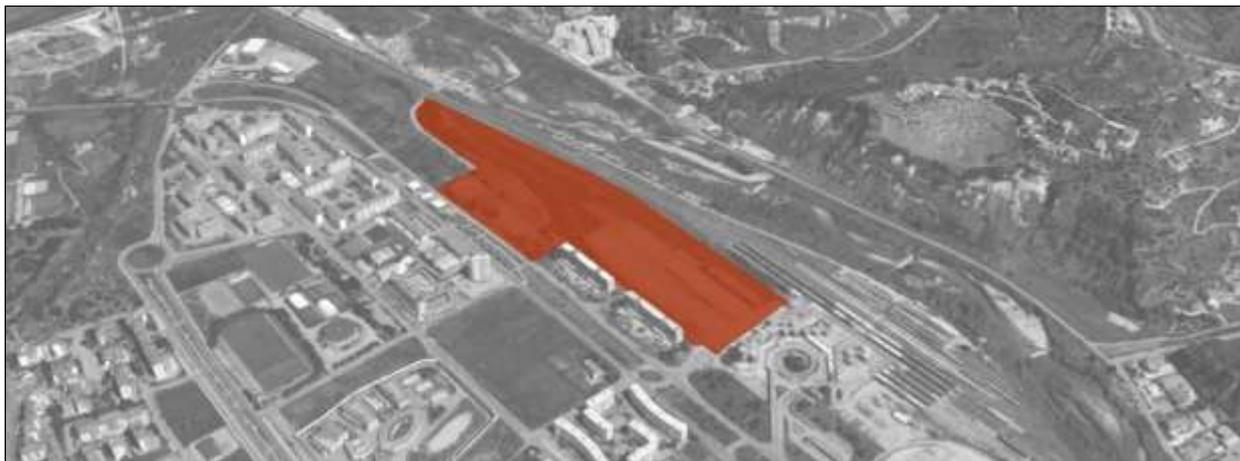


Figura 4 – Vista aerea dell'area di progetto in Località Vaglio Lise

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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:



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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.

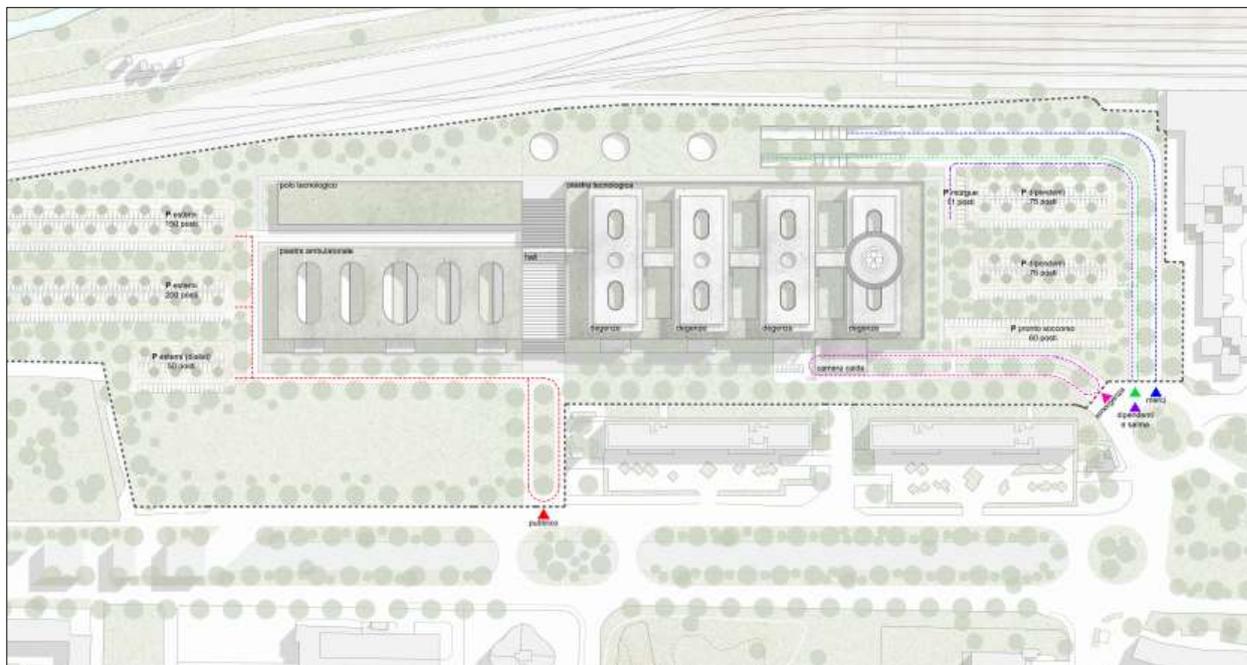


Figura 4 – Planimetria con indicazione degli accessi

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 da 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;



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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.

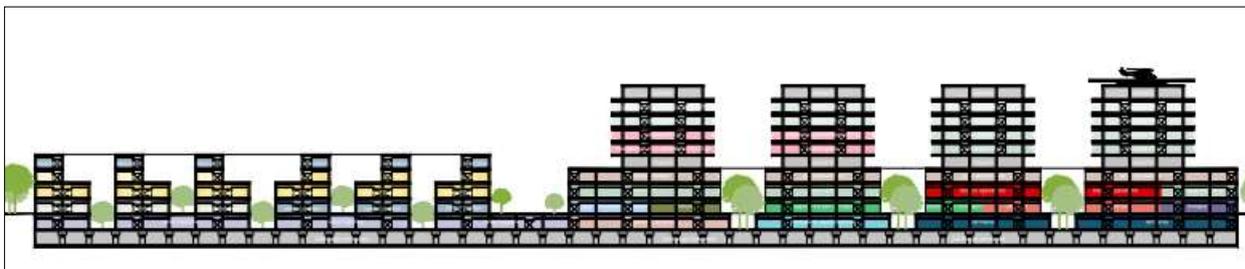


Figura 6 – Sezione nord-sud

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;



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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 €.

I lavori, come detto, saranno realizzati con fondi dell'INAIL nell'ambito del programma di investimenti sociali recepiti con DPCM del 14/09/2022, 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 349.000.000,00.

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
	7	6	6



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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 e 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);
- 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. 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
TOTALE		16000

Figura 7 – Mappatura dei servizi ASP Cosenza



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.

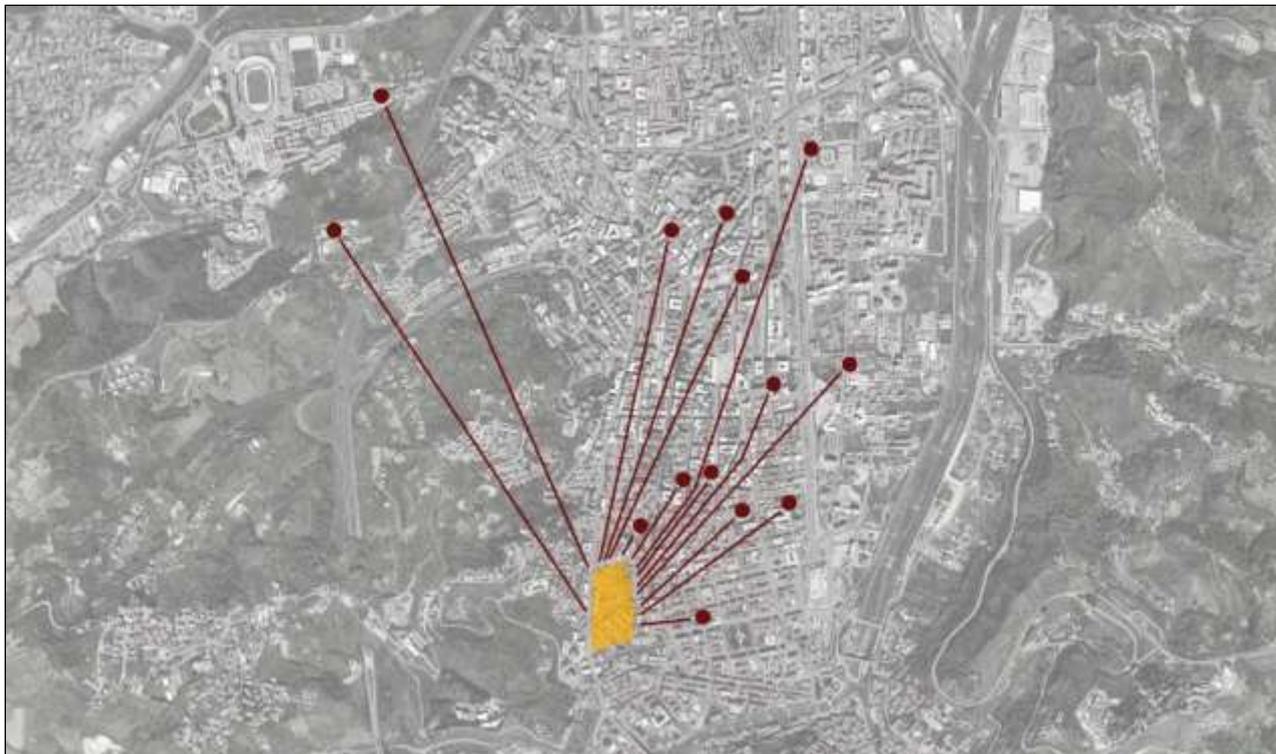


Figura 8 – Mappa della centralizzazione dei servizi

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.

I lavori, come detto, saranno realizzati con fondi dell'INAIL nell'ambito del programma di investimenti sociali recepiti con DPCM del 14/09/2022, 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 45.000.000,00.

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.

L'attuazione del Programma consentirà di intervenire, prioritariamente, su presidi ospedalieri esistenti come il *San Giovanni di Dio* di Crotona, il *Giovanni Paolo II* di Lamezia Terme e, successivamente, 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.

Una volta realizzato il programma, infatti, la Regione disporrà di una nuova struttura ospedaliera, quella di Catanzaro (oltre naturalmente a quelle di Reggio Calabria e di Cosenza che saranno realizzate 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.

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).



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 e 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 nelle 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:

- 1) promuovere la salute, prevenire le malattie e incoraggiare stili di vita sani attraverso l'approccio della "salute in tutte le politiche";
- 2) proteggere i cittadini europei dalle gravi minacce sanitarie transfrontaliere;



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 3) contribuire alla realizzazione di sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili;
- 4) 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. 65/2020, DCA n. 162/2022).

Gli interventi sono altresì coerenti con i più recenti programmi di interventi finanziati dalla Regione Calabria con i fondi dell'art. 20 della L. 67/88 e con altre risorse nazionali e/o comunitarie:

- Programma art. 20 legge 67/88 - prima fase (Delibera CIPE 03 agosto 1990);
- 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);
- 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);



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- Programma di Riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno (Delibera CIPE 32 del 21 marzo 2018);
- Programma di ammodernamento tecnologico (art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35).
- Programma di interventi nel settore dell'Edilizia sanitaria ed innovazione per i servizi della salute, attuativo del Patto per la Calabria con risorse del Fondo FSC 2014-2020 (Delibera CIPE 26/2016);
- Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020
- Progetto "Rete Regionale Case della Salute" - Azione 9.3.8 del POR Calabria FESR-FSE 2014/2020
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6: Salute.

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, ai sensi dell'art. 20 della L. 67/88, con le delibere CIPE n. 52/98, n. 65/2002, n. 97/2008 e, parzialmente, con la n. 98/2008, per l'importo di € **242.152.306,51** e dal relativo cofinanziamento regionale pari a € **20.272.708,81**, nonché da fondi statali ex art. 71 della L. 488/98 per l'importo di € **17.571.984,68**.

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;



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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.

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'implementazione dell'offerta sanitaria.

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;



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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 CO₂, produzione di rifiuti e 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);



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- d) Azioni per la definizione e l'attuazione di best practice 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 2022-2025, approvato con DCA n. 162 del 18/11/2022, 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 determinati di decesso.

Si riportano di seguito alcune tabelle di sintesi.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

	Tasso di mortalità				
	2014	2015	2016	2018	2019
Cosenza	9,8	10,4	10,1	10,4	11
Catanzaro	9,6	10,2	9,7	10,8	10,4
Reggio di Calabria	10,1	10,6	9,9	10,3	10,6
Crotone	8,6	9,2	8,4	8,9	9,5
Vibo Valentia	9,7	10,2	9,7	10,4	10,5
Calabria	9,7	10,3	9,8	10,3	10,6
Italia	9,8	10,7	10,1	10,6	10,6

Tabella 1. Tasso di mortalità per provincia. Anni 2014-2016 e 2018-2019 (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	127	1,82	4	0,06	--	--	15	0,21	108	1,55
Catanzaro	73	2,06	--	--	--	--	16	0,45	57	1,61
Reggio di Calabria	80	1,48	2	0,04	--	--	8	0,15	70	1,3
Crotone	21	1,22	--	--	--	--	7	0,41	14	0,81
Vibo Valentia	25	1,59	--	--	--	--	8	0,51	17	1,08
Calabria	326	1,07	6	0,03	--	--	54	0,28	266	1,38
Italia	14.562	2,43	261	0,04	365	0,06	1.846	0,31	12.090	2,01

Tabella 2. Morti e quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) di alcune malattie infettive e parassitarie. Anno 2019 - 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	1.769	25,34	1.684	24,12	85	1,22
Catanzaro	895	25,29	828	23,4	67	1,89
Reggio di Calabria	1.378	25,54	1.289	23,89	89	1,65
Crotone	394	22,94	368	21,42	26	1,51
Vibo Valentia	362	23,00	334	21,22	28	1,78
Calabria	4.798	24,98	4.503	23,45	295	1,54
Italia	178.440	29,74	168.712	28,12	9.729	1,62

Tabella 3. Morti e quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) di tumori, maligni e non. Anno 2019 - Fonte: ISTAT



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

	Calabria			Cosenza		Catanzaro		Crotone		Reggio di Calabria		Vibo Valentia	
	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti)	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)
di cui infarto miocardico acuto	567	2,95	2,53	227	3,25	84	2,37	68	3,96	151	2,8	37	2,35
di cui altre malattie ischemiche del cuore	1.415	7,37	5,92	511	7,32	279	7,89	108	6,29	369	6,84	148	9,4
*malattie ischemiche del cuore tot.parz.	1.982	10,32	8,45	738	10,57	363	10,26	176	10,25	520	9,64	185	11,75
*altre malattie del cuore tot.parz.	2.128	11,08	8,91	810	11,6	351	9,92	156	9,08	602	11,16	209	13,28
*malattie cerebrovascolari tot.parz.	1.948	10,14	8,11	792	11,34	351	9,92	162	9,43	512	9,49	131	8,32
*altre malattie del sistema circolatorio tot.parz.	2.103	10,95	8,77	729	10,44	432	12,21	133	7,74	656	12,16	153	9,72
malattie del sistema circolatorio TOT.GEN.	8.161	42,49	34,25	3.069	43,96	1.497	42,31	627	36,5	2.290	42,45	678	43,08

Tabella 4. Morti e quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) di malattie del sistema circolatorio distinte per tipologia - Dati ISTAT 2019

	Calabria			Cosenza		Catanzaro		Crotone		Reggio di Calabria		Vibo Valentia	
	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti)	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)
Totale gen. tumori	4.798	24,98	21,71	1.769	25,34	895	25,29	394	22,94	1378	25,54	362	23
*tumori maligni – tot.parz.	4.503	23,43	20,44	1.684	24,12	828	23,40	368	21,43	1.289	23,90	334	21,21
di cui tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe	95	0,49	0,44	34	0,49	20	0,57	6	0,35	26	0,48	9	0,57
di cui tumori maligni dell'esofago	54	0,28	0,25	21	0,3	11	0,31	3	0,17	13	0,24	6	0,38
di cui tumori maligni dello stomaco	316	1,65	1,42	107	1,53	59	1,67	33	1,92	104	1,93	13	0,83
di cui tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	667	3,47	3,01	248	3,55	118	3,33	46	2,68	207	3,84	48	3,05
di cui tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	266	1,38	1,22	99	1,42	54	1,53	23	1,34	72	1,33	18	1,14
di cui tumori maligni del pancreas	253	1,32	1,16	96	1,38	44	1,24	20	1,16	69	1,28	24	1,52
di cui tumori maligni della laringe	45	0,23	0,21	18	0,26	7	0,2	3	0,17	12	0,22	5	0,32
di cui tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	696	3,62	3,23	237	3,39	135	3,82	59	3,43	216	4	49	3,11
di cui melanomi maligni della cute	41	0,21	0,19	14	0,2	5	0,14	7	0,41	10	0,19	5	0,32
di cui tumori maligni del seno	322	1,68	1,49	118	1,69	56	1,58	30	1,75	93	1,72	25	1,59
di cui tumori maligni della cervice uterina	5	0,03	0,02	3	0,04			1	0,06	1	0,02		
di cui tumori maligni di altre parti dell'utero	75	0,39	0,35	37	0,53	15	0,42	2	0,12	15	0,28	6	0,38
di cui tumori maligni dell'ovaio	61	0,32	0,29	29	0,42	11	0,31	2	0,12	13	0,24	6	0,38
di cui tumori maligni della prostata	263	1,37	1,12	100	1,43	39	1,1	17	0,99	87	1,61	20	1,27
di cui tumori maligni del rene	70	0,36	0,32	28	0,4	16	0,45	5	0,29	19	0,35	2	0,13
di cui tumori maligni della vescica	170	0,89	0,73	67	0,96	38	1,07	11	0,64	47	0,87	7	0,44



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

di cui tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale	106	0,55	0,5	42	0,6	24	0,68	6	0,35	23	0,43	11	0,7
di cui tumori maligni della tiroide	12	0,06	0,05	2	0,03	3	0,08	2	0,12	2	0,04	3	0,19
di cui morbo di hodgkin e linfomi	133	0,69	0,6	57	0,82	20	0,57	7	0,41	41	0,76	8	0,51
di cui leucemia	215	1,12	0,97	72	1,03	40	1,13	24	1,4	64	1,19	15	0,95
di cui altri tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico	92	0,48	0,42	30	0,43	24	0,68	10	0,58	23	0,43	5	0,32
di cui altri tumori maligni	546	2,84	2,45	225	3,22	89	2,52	51	2,97	132	2,45	49	3,11
*tumori non maligni (benigni e di comportamento incerto) tot.parz.	295	1,54	1,28	85	1,22	67	1,89	26	1,51	89	1,65	28	1,78

Tabella 5. Morti e quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) di tumori distinti per tipologia - Dati ISTAT 2019

	morti	Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000Ab.)
Cosenza	381	5,46
Catanzaro	213	6,02
Reggio di Calabria	319	5,91
Crotone	89	5,18
Vibo Valentia	71	4,51
Calabria	1.073	5,59
Italia	21.637	3,61

Tabella 6. Morti e quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) di diabete mellito - Dati ISTAT 2019

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 delle risorse assegnate sul totale)	Regione	semestrale	Tutti
Stato avanzamento lavori (approvazione progettazione, stipula contratto, avvio lavori, collaudo, attivazione)	Soggetto attuatore	semestrale	Tutti

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	- N° di posti letto attivati nelle strutture ospedaliere dopo l'intervento / N° di posti letto attivati prima dell'intervento; - N° di nuove apparecchiature di alta tecnologia installate; - Costi relativi al personale dopo l'attivazione di nuovi p.l. (completamento e ampliamento di presidi esistenti) / Costi relativi al personale prima dell'intervento; - N° mq di superficie lorda coperta di ristrutturazione;
EFFICIENZA	- Costo a p.l. effettivo dell'intervento / Costo a p.l. stimato in progetto; - Costo unitario posto letto per tipologia costruttiva, per destinazione funzionale, ecc.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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

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.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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^a 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. È 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. 53 del 22/03/2017, ha previsto l'istituzione 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;



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

- 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 "Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari" e, in virtù della sua attuale articolazione, all'Unità Organizzativa Autonoma "Investimenti Sanitari", 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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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 dalla competente Unità Organizzativa Autonoma “Investimenti Sanitari”.

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 “Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari” - Unità Organizzativa Autonoma “Investimenti Sanitari”.

Varianti

Il monitoraggio viene svolto, in corso d'opera, relativamente alle varianti che vengono esaminate dal Dipartimento “Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari” - Unità Organizzativa Autonoma “Investimenti Sanitari”. In tale sede viene effettuata la verifica di conformità della variante al progetto ammesso a finanziamento e alla programmazione sanitaria, sia regionale che statale.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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".



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

C.1 - Matrice del Quadro Logico

	LOGICA DI INTERVENTO	INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI	FONTI DI VERIFICA
OBIETTIVI GENERALI	<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"> - Tasso di ospedalizzazione - Posti letto per acuti rispetto alla popolazione residente - Appropriata dei ricoveri - Indice di Fuga - mobilità passiva - Mobilità passiva ospedaliera - Numero di ricoveri inappropriati - Tasso di ospedalizzazione - Indice di Turn-over - Tasso di occupazione - Peso medio DRG - Costi di gestione degli ospedali 	<ul style="list-style-type: none"> - ISTAT - Griglia LEA (verifica annuale adempimenti LEA) - Flusso SDO - Modelli CE (Conto Economico) - Modelli CP (costi dei presidi a gestione diretta) - Modelli LA (livelli di assistenza) - Indicatori del PNE (Piano Nazionale Esiti)



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

OBIETTIVI SPECIFICI	<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Posti letto ospedalieri - Posti letto ospedalieri per 1000 abitanti - Tasso di ricoveri fuori regione - Indice di Fuga - Saldo Mobilità 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelli HSP, STS - Flusso SDO - Flusso FAR - Flusso SIAD - Flusso EMUR - Griglia LEA - Flussi Mobilità interregionale
OBIETTIVI OPERATIVI - INTERVENTI	<p><u>Primo stralcio interventi – Attuativo</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotone 2. Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme <p><u>Secondo stralcio interventi – Programmatico</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro 4. Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro 5. Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini <p><u>Terzo stralcio interventi – Programmazione regionale</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ampliamento Ospedale Morelli di Reggio Calabria 7. Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza 8. Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicatori di realizzazione - Numero di interventi attivati ad una certa data - Andamento della spesa - Stato di avanzamento dei lavori - Superficie realizzata ad una certa data sul totale previsto - Numero di posti letto attivati 	<ul style="list-style-type: none"> - Regione Calabria (Responsabile Accordo di Programma) - Soggetti attuatori (Aree Tecniche delle ASP)



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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:

	S. PUNTI DI FORZA	W. PUNTI DI DEBOLEZZA
INTERNI	<ul style="list-style-type: none">▪ Sviluppo e potenziamento della rete ospedaliera sul territorio per offrire una scelta più ampia e appropriata all'utenza;▪ Completamento punti di eccellenza per i ricoveri acuti;▪ Concentrazione e potenziamento di attrezzature/apparecchiature ad alta tecnologia per diagnosi e cura malattie;▪ Messa a norma e in sicurezza dei presidi ospedalieri;▪ Miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale;▪ Miglioramento della fiducia percepita da parte dei pazienti;▪ Riduzione rischio clinico.	<ul style="list-style-type: none">▪ Realizzazione degli interventi di ristrutturazione adeguamenti senza interrompere le attività sanitarie;▪ Gestione di tutti gli interventi contemporaneamente;▪ Vincoli del Piano di rientro e dei connessi Programmi Operativi.
	O. OPPORTUNITA'	T. MINACCE
ESTERNI	<ul style="list-style-type: none">▪ Miglioramento dell'offerta sanitaria, sia ospedaliera che territoriale, in termini di qualità, sicurezza e innovazione tecnologica;▪ Realizzazione di nuove strutture, conformi ai più recenti standard ospedalieri nazionali, e contestuale riconversione degli attuali presidi ospedalieri in strutture sanitarie territoriali;▪ Garantire prestazioni sanitarie appropriate, efficaci ed adeguate ai bisogni di salute grazie all'ammodernamento del patrimonio tecnologico;▪ Riduzione del fenomeno della mobilità passiva extraregionale.	<ul style="list-style-type: none">▪ Interventi particolarmente complessi che possono richiedere tempi lunghi di realizzazione;▪ Difficoltà ad attivare nuove funzioni sia territoriali che ospedaliere per il perdurare del blocco totale del turn over;▪ Procedure autorizzative vari enti coinvolti.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

C.3 - Obiettivi/Indicatori/Interventi

Obiettivi Generali (OG)	Obiettivi Specifici (OS)	Obiettivi Operativi (OO) - Interventi	Indicatori (* Nota)	
			Descrizione	Valore
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	ST3-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	N° nuovi posti letto attivati	≥ 705
		ST3-NO2 - 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
		ST3-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
		ST3-AD5 - Cittadella della Salute di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST3-AD5 - 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	ST3-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	N° nuovi posti letto attivati	≥ 705
		ST3-NO2 - 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
		ST3-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
		ST3-AD5 - Cittadella della Salute di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST3-AD5 - Cittadella della Salute di Cosenza	N° vecchi presidi dismessi	14
OG3 - Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri	ST3-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	N° nuovi posti letto attivati	≥ 705
		ST3-NO2 - 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
		ST3-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
		ST3-AD5 - Cittadella della Salute di Cosenza	% su importo investimento	≥ 15%
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST3-AD5 - 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%
ST3-NO3 - Nuovo Ospedale di Cosenza		≥ 10%		

Secondo stralcio interventi – Programmatico

(* Nota: per esigenze di sintesi, si è omissso di riportare tutti gli indicatori descritti nella relativa sezione del documento.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Obiettivi Generali (OG)	Obiettivi Specifici (OS)	Obiettivi Operativi (OO) - Interventi	Indicatori (* Nota)	
			Descrizione	Valore
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-NO1 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	N° nuovi posti letto attivati	≥ 350
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	N° nuovi posti letto attivati	≥ 150
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO1 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-AD3 - Cittadella della Salute di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	% su importo investimento	≥ 15%
OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-AD3 - 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-NO1 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	N° nuovi posti letto attivati	≥ 350
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	N° nuovi posti letto attivati	≥ 150
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO1 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-AD3 - Cittadella della Salute di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	% su importo investimento	≥ 15%
OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-AD3 - 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-NO1 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	N° nuovi posti letto attivati	≥ 350
	OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri	ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	N° nuovi posti letto attivati	≥ 150
	OS3 - Potenziamento tecnologico della rete ospedaliera e territoriale	ST2-NO1 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-AD3 - Cittadella della Salute di Catanzaro	% su importo investimento	≥ 15%
		ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	% su importo investimento	≥ 15%
	OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale	ST2-AD3 - Cittadella della Salute di Catanzaro	N° vecchi presidi dismessi	6
	OS5 - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	ST2-NO1 - Nuovo Ospedale di Catanzaro	Riduzione n° ricoveri fuori regione dopo 3 anni	≥ 10%
ST2-AD4 - Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini		dall'attivazione nel bacino di interesse	≥ 10%	



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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.
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. 65 del 10/03/2020	Programma operativo 2019/2021 - Riorganizzazione della Rete Territoriale
DCA n. 162 del 18/11/2022	Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell'art. 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i..
DCA n. 40 del 25/01/2023	Modifica/integrazione DCA 162 del 18 novembre 2022 - Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell'articolo 2 comma 88, della L 23 dicembre 2009 num. 191 e s.m.i.



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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)	71%	Programma in corso
Accordo di Programma integrativo del 2007. (Delibera CIPE n. 52/98)	21%	Programma in corso
Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica. (OPCM 3635/2007) - (Delibera CIPE n. 52/98)	89%	Programma in corso
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.
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.)	77%	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%	Risultano n. 4 interventi ultimati per i quali le Aziende competenti devono richiedere il rimborso delle somme spese.

QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI ADP

ESERCIZIO FINANZIARIO	STATO	REGIONE	PRIVATI	TOTALE
2023	3.800.000,00	200.000,00	-	4.000.000,00
2024	8.550.000,00	450.000,00	-	9.000.000,00
2025	30.400.000,00	1.600.000,00	-	32.000.000,00
TOTALE	45.000.000,00	2.250.000,00	-	45.000.000,00

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	0	----	----	----	----
RISTRUTTURAZIONE/ RICONVERSIONE FUNZIONALE	2	----	2	----	----
ACQUISTO APPARECCHIATURE	0	----	----	----	----
TOTALE	2	----	2	----	----



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVI

OBIETTIVO SPECIFICO	N. INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI (PPP)	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA %
OS1 - Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri OS5 - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	0	----	----	----	----	0,00 %
OS2 - Messa in sicurezza e adeguamento funzionale di presidi ospedalieri OS5 - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	2	42.750.000,00	2.250.000,00	----	45.000.000,00	100,00 %
OS3 - Ammodernamento tecnologico OS5 - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	0	----	----	----	----	0,00 %
OS4 - Potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale OS5 - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	0	----	----	----	----	0,00 %
Totale	2	42.750.000,00	2.250.000,00	----	45.000.000,00	100 %

FABBISOGNO FINANZIARIO PER CATEGORIE

CATEGORIA	N. INTERVENTI PER CATEGORIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI (PPP)	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA %
OSPEDALI	2	42.750.000,00	2.250.000,00	----	45.000.000,00	100,00 %
ASSISTENZA TERRITORIALE	0	----	----	----	----	0,00 %
APPARECCHIATURE	0	----	----	----	----	0,00 %
TOTALE	2	42.750.000,00	2.250.000,00	----	45.000.000,00	100 %



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

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: Publici Privati	1,88 0,53	Fonte dati DCA 64/2016
Numero Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti: Publici Privati	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)



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

ANALISI DELL'OFFERTA EX POST PREVISTA A SEGUITO DEGLI INTERVENTI

TIPOLOGIA INTERVENTO	NOTE
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 Crotona (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	39	19,5	-----	-----
RMN	19	9,5	-----	-----
MAMMOGRAFO	33	16,5	-----	-----
ANGIOGRAFO	16	8	-----	-----
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

** Il potenziamento tecnologico avverrà attraverso altri Programmi di investimento in corso di esecuzione.