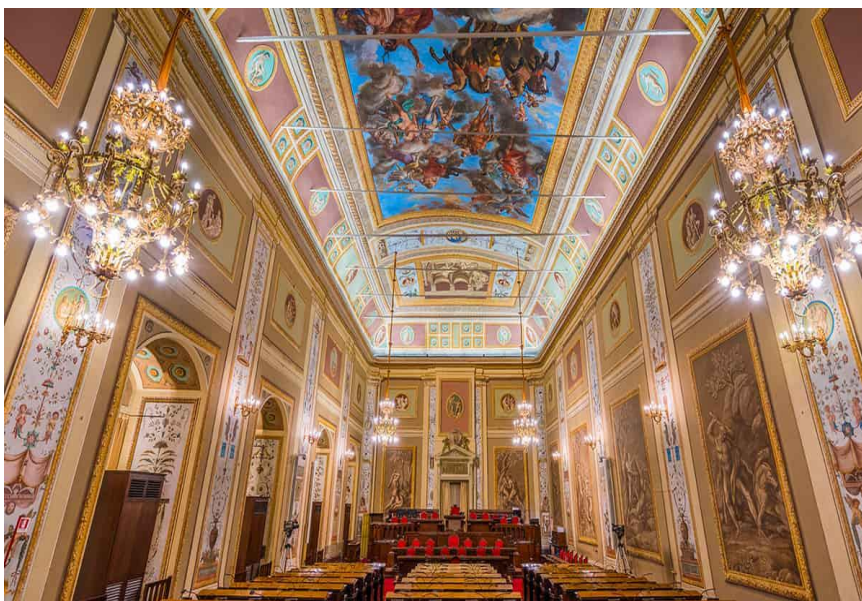




Repubblica Italiana  
Assemblea Regionale Siciliana

Servizio Studi



Nota di lettura

***Documento Unico di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia  
(DUPISS)***

Documento n. 8 - 2023

XVIII Legislatura  
maggio 2023



Servizio Studi

Copia per uso interno

I documenti possono essere richiesti alla segreteria dell'Ufficio:

tel.: 091 705-4752 - fax 091 705-4333

*e-mail:* [serviziostudilegislativi@ars.sicilia.it](mailto:serviziostudilegislativi@ars.sicilia.it)

I testi degli Uffici e dei Servizi dell'Assemblea Regionale Siciliana sono destinati alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei Parlamentari. L'Assemblea Regionale Siciliana declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini estranei e non consentiti dalla legge.

## INDICE

<i>Breve nota di lettura del Documento Unico di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia ..</i>	4
<i>Riferimenti normativi all'allegata delibera di Giunta n. 185 del 2023 .....</i>	8
L. 11-3-1988 N. 67, ART. 20.....	8
L.R. 29-12-1962 N. 28 .....	10
L.R. 10-4-1978 N. 2 .....	10
D.P.REG. 5-4-2022 N. 9.....	11
L.R. 16-12-2008 N. 19 .....	11
L.R. 17-3-2016 N. 3, ART. 13.....	11
DELIBERAZIONE N. 82 DEL 10 MARZO 2020.....	13
L. 23-12-1978 N. 833 .....	13
D.LGS. 30-12-1992 N. 502 .....	13
L. 23-10-1992 N. 421, ART. 1.....	13
L.R. 3-11-1993 N. 30 .....	17
L. 23-12-1998 N. 448, ART. 71.....	17
D.LGS. 21-12-1999 N. 517 .....	18
L. 30-11-1998 N. 419, ART. 6.....	18
L.R. 6-8-2009 N. 9, ART. 50.....	19
D.L. 13-9-2012 N. 158.....	21
D.M. 2-4-2015 N. 70 .....	21
DELIBERAZIONE N. 168 DEL 29 MAGGIO 2002. ....	21
D.LGS. 30-12-1992 N. 502, ART. 5 BIS .....	21
D.LGS. 19-6-1999 N. 229, ART. 5.....	22
DELIBERAZIONE N. 417 DEL 17 DICEMBRE 2002.....	24
DELIBERAZIONE N. 329 DEL 14 SETTEMBRE 2018. ....	24
DEC.ASS. 11-1-2019 N. 22 .....	24
DELIBERAZIONE N. 251 DELL' 8 LUGLIO 2019. ....	24
DELIBERAZIONE N. 347 DEL 26 SETTEMBRE 2019.....	24
DELIBERAZIONE N. 72 DEL 27 FEBBRAIO 2020 .....	24
DELIBERAZIONE N. 69 DEL 10 FEBBRAIO 2023 .....	24
L. 11-12-2016 N. 232, ART. 1 COMMA 140 .....	24
L. 7-8-2016 N. 160 .....	26
<i>Deliberazione della Giunta regionale n. 185 del 3 maggio 2023.....</i>	27

## *Breve nota di lettura del Documento Unico di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia*

Con nota dell'Assessore regionale per la Salute n. 24701 del 27 aprile 2023 è stato presentato alla Giunta Regionale il Documento Unico di Programmazione degli Investimenti sanitari in Sicilia recante la nuova programmazione delle risorse destinate all'ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67.

Successivamente, con Deliberazione n. 185 del 3 maggio 2023, la Giunta Regionale ha apprezzato il Documento e ha dato mandato all'Assessore regionale per la Salute di richiedere al Ministero della salute e Ministero dell'Economia la predisposizione del conseguente Accordo di programma.

Con la medesima Deliberazione, è stato altresì conferito mandato all'Assessore regionale per la Salute di procedere alla programmazione della spesa di € 22.347.766,82 per l'efficientamento energetico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Gaetano Martino" di Messina.

La Deliberazione assieme al Documento Unico di Programmazione degli Investimenti sanitari in Sicilia (d'ora innanzi: DUPISS), che ne costituisce parte integrante, sono stati trasmessi alla Commissione "Bilancio" e alla Commissione "Salute, Servizi sanitari e sociali" ai sensi dell'articolo 50, comma 3 della legge regionale 6 agosto 2020.

Pare opportuno, al riguardo, fornire una breve nota di lettura dell'atto di programmazione sottoposto al parere dell'Assemblea.

Con l'art. 20 della legge finanziaria n. 67 del 1988, il legislatore nazionale ha autorizzato l'esecuzione di programmi pluriennali di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, con oneri a carico dello Stato nella misura del 95% e delle Regioni per il restante 5%.

Il meccanismo individuato dal legislatore per la fruizione delle risorse prevede la determinazione, da parte del CIPE (oggi CIPESS) dell'importo destinato a ciascuna Regione la quale determina la propria programmazione attraverso il DUPISS che, successivamente, confluisce in un Accordo di Programma tra Regione, Ministero della salute e Ministero dell'Economia.

L'art. 20 della l. n. 67/88 ha conosciuto, a più riprese<sup>1</sup>, la variazione e l'implementazione della dotazione finanziaria ad opera delle leggi finanziarie e di bilancio statali adottate nel corso del tempo, da ultimo, l'art. 1, comma 263, della legge di bilancio per l'anno 2022.

---

<sup>1</sup> L'importo della misura è stato modificato dall'art. 83, comma 3, L. 23 dicembre 2000, n. 388, a decorrere dal 1° gennaio 2001, dall'art. 1, comma 796, lett. n), L. 27 dicembre 2006, n. 296, a decorrere dal 1° gennaio 2006, dall'art. 2, comma 69, L. 23 dicembre 2009, n. 191, a decorrere dal 1° gennaio 2010, dall'art. 1, comma 555, L. 30 dicembre 2018, n. 145, a decorrere dal 1° gennaio 2019, dall'art. 1, comma 81, L. 27 dicembre 2019, n. 160, a decorrere dal 1° gennaio 2020, dall'art. 1, comma 442, L. 30 dicembre 2020, n. 178, a decorrere dal 1° gennaio 2021, e, successivamente, dall'art. 1, comma 263, L. 30 dicembre 2021, n. 234, a decorrere dal 1° gennaio 2022.

In particolare, si ricorda che la legge finanziaria nazionale per il 2010 aveva previsto, per tutte le Regioni, un finanziamento pari a € 1.000.000.000,00, per un totale complessivo di finanziamenti statali pari a 24 miliardi di euro.

La Giunta Regionale di Governo, nella seduta **del 17 dicembre 2010**, aveva quindi apprezzato positivamente il proprio DUPISS che prevedeva 79 interventi a valere su disponibilità finanziarie a carico dello Stato ex art. 20, l. 67/88, pari a **€ 803.130.324,00**.

Tale importo corrispondeva al totale delle quattro delibere CIPE, sino ad allora adottate in conformità agli stanziamenti ex art. 20, l. 67/88, così articolate:

- Delibera CIPE n. 52 del 6.5.1998 ==> € 195.753.224,75;
- Delibera CIPE n. 65 del 2.8.2002 ==> € 23.570.003,00
- Delibera CIPE n. 98 del 18.12.2008 ==> € 251.531.588,07
- Delibera CIPE n. 97 del 18.12.2008 ==> € 332.275.508,97

A seguito di assestamenti del bilancio dello Stato e dei limiti che ne sono derivati, si è tuttavia resa necessaria **una rimodulazione** e i 79 interventi programmati sono scesi a 59, di cui 42 a valere sulle somme ex art. 20, l. 67/88.

**I 42 interventi** di cui sopra sono così andati a costituire il c.d. “Addendum – stralcio” al DUPISS del 2010 e sono confluiti nell’ Accordo di Programma tra Regione, Ministero della salute e Ministero dell’Economia del **19 marzo 2021**.

Tale Accordo ha previsto un importo complessivo di € 249.955.650,49 di cui:

- € 236.565.404,62 a titolo di finanziamento al 95% da parte dello Stato ex art. 20, l. 67/88;
- € 657.604,57 a titolo di finanziamento al 70% da parte dello Stato ex art. 71 l. 448 del 1998 (Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell’assistenza sanitaria nei grandi centri urbani).

Per quanto attiene, in particolare, ai € 236.565.404,62 a valere sul bilancio dello Stato ex art. 20, l. 67/88, si segnala che tale cifra corrisponde all’importo totale delle delibere CIPE n. 52 del 6.5.1998 e n. 65 del 2.8.2002 nonché a quota parte dell’importo della delibera CIPE n. 98 del 18.12.2008, ovvero, € 17.242.176,87.

Di seguito si riportano in **dati aggregati per ciascuna ASP della Regione relativi ai 42 interventi previsti dall’Addendum – Stralcio del 2021**:

Totale ammontare elenco 42 interventi per ASP								
ASP AGRIGENTO	ASP CALTANISSETTA	ASP CATANIA	ASP ENNA	ASP MESSINA	ASP PALERMO	ASP RAGUSA	ASP SIRACUSA	ASP TRAPANI
1.535.460,00 €	5.100.000,00 €	1.000.000,00 €	13.500.000,00 €	1.060.000,00 €	10.914.000,00 €	2.500.000,00 €	9.845.000,00 €	3.400.000,00 €
	12.000.000,00 €	877.500,00 €	1.800.000,00 €	5.000.000,00 €	11.474.776,00 €	1.100.000,00 €	1.300.000,00 €	500.000,00 €
	17.100.000,00 €	1.421.000,00 €	700.000,00 €	7.349.800,00 €	13.000.000,00 €	3.600.000,00 €	1.300.000,00 €	2.750.000,00 €
		2.620.000,00 €	1.000.000,00 €	13.409.800,00 €	39.654.398,39 €		12.445.000,00 €	500.000,00 €
		7.421.000,00 €	1.400.000,00 €		3.000.000,00 €			500.000,00 €
		10.232.281,00 €	2.000.000,00 €		2.139.435,10 €			2.150.000,00 €
		1.350.000,00 €	20.400.000,00 €		1.390.000,00 €			21.000.000,00 €
		12.900.000,00 €			81.572.609,49 €			14.000.000,00 €
		3.845.000,00 €						44.800.000,00 €
		13.426.000,00 €						
		55.092.781,00 €						

[il dettaglio degli interventi è rinvenibile nel DUPISS allegato alla delibera di Giunta 185 del 3 maggio 2023].

Chiuso, dunque, l'Accordo di programma relativo ai citati 42 interventi, le risorse residue disponibili ex art. 20 l.67/88, già assegnate alla Regione con delibere CIPE nn. 97 e 98 del 18/12/2008, per la stipula di nuovi accordi ammontavano a € 566.564.920,17.

Tale cifra era stata, in un primo momento, programmata per tre interventi: la realizzazione del nuovo Ospedale ISMETT di Carini; la realizzazione del nuovo Ospedale di Siracusa e la Realizzazione del nuovo Ospedale Palermo NORD.

Di tali interventi, solo quello relativo all'Ospedale di Siracusa è stato oggetto, in data 28.12.2022, di Accordo di Programma tra Regione, Ministero della salute e Ministero dell'Economia per l'importo complessivo di € 200.000.000,00, c.d. Addendum 2° stralcio.

Nello specifico, la cifra di € 200.000.000,00 da impiegare per l'intervento *de quo* è così ripartita

- € 190.000.000,00 a carico dello Stato ai sensi dell'art.20, l. n. 67/88 (accertati sulle risorse di cui alla delibera CIPE 98 del 18/12/2008);

- 10.000.000, 00 a carico del bilancio regionale.

Tanto evidenziato, si segnala che, *medio tempore*, sono intervenuti nuovi interventi normativi a implementare le risorse disponibili ex 20, l. 67/88 e cioè:

- Delibera CIPE n. 51 del 24.7.2019 ==> € 334.231.428,93;

- Legge di bilancio dello Stato n. 178 del 2020 art. 1, comma 442 ==> € 165.977.327,00;

- Legge di bilancio dello Stato n. 178 del 2020 art. 1, comma 443 ==> € 165.977.327,00;

- Decreto interministeriale 13 agosto 2021 ==> 2.468.920, 75.

**Di tal ché, ad oggi, le risorse statali da programmare risultano pari a € 1.045.219.923,85 e sono così articolate:**

- Delibera CIPE n. 98 del 18.12.2008 ==> € 44.289.411,20 (al netto di quanto stanziato dagli Accordi "Addendum stralcio" e "Addendum 2° stralcio");

- Delibera CIPE n. 97 del 18.12.2008 ==> € 332.275.508,97

- Delibera CIPE n. 51 del 24.7.2019 ==> € 334.231.428,93;

- Legge di bilancio dello Stato n. 178 del 2020 art. 1, comma 442 ==> € 165.977.327,00;
- Legge di bilancio dello Stato n. 178 del 2020 art. 1, comma 443 ==> 165.977.327,00;
- Decreto interministeriale 13 agosto 2021 ==> 2.468.920, 75.

Si segnala, tuttavia, che il dato sembra essere riportato correttamente solo all'interno del DUPISS sottoscritto il 29.4.2023 laddove la nota n. 24701 del 27.4.2023 a firma dell'Assessore per la Salute sembra riportare un dato differente sul quale si invita a chiedere chiarimenti.

Tanto evidenziato, si specifica che la nuova programmazione DUPISS prevede i seguenti cinque interventi:

- Realizzazione del nuovo Ospedale pediatrico di eccellenza (Palermo);
- Realizzazione del nuovo Ospedale civico di Palermo;
- Realizzazione del nuovo Policlinico di Palermo;
- Realizzazione del nuovo Ospedale Palermo NORD.
- Riqualficazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo.

Da ultimo, si rileva che nell'adottare la Deliberazione di apprezzamento del DUPISS la Giunta dà atto che “nel tempo, attraverso l'utilizzo di risorse finanziarie provenienti anche da fonti diverse da quelle ex art. 20 legge n. 67/1988, nella parte orientale della Regione sono stati realizzati nuovi Presidi Ospedalieri, in particolare, il “Garibaldi” e il “San Marco” di Catania e, nell'area metropolitana di Messina, l'IRCSS “Bonino Pulejo” beneficia di un finanziamento di circa 91.000.000,00, ai sensi dell'art. 1, comma 140, della legge n. 232/2016, mentre per l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “Gaetano Martino” di Messina si prevede l'utilizzo di un totale di euro 56.240.511,25, di cui euro 22.347.766,82, ex legge 160/2019, da programmare per l'efficientamento energetico della predetta A.O.U.P.”.

*Riferimenti normativi all'allegata delibera di Giunta n. 185 del 2023*

L. 11-3-1988 n. 67, art. 20

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988).

Pubblicata nella Gazz. Uff. 14 marzo 1988, n. 61, S.O.

**Art. 20** [\(67\)](#) [\(66\)](#) [\(63\)](#)

1. E' autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di euro 34.000 miliardi [\(59\)](#). Al finanziamento degli interventi si provvede mediante operazioni di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono autorizzate ad effettuare, nel limite del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilirsi con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità. [\(64\)](#)

2. Il Ministro della sanità, sentito il consiglio sanitario nazionale ed un nucleo di valutazione costituito da tecnici di economia sanitaria, edilizia e tecnologia ospedaliera e di funzioni medico-sanitarie, da istituire con proprio decreto, definisce con altro proprio decreto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri generali per la programmazione degli interventi che debbono essere finalizzati ai seguenti obiettivi di massima:

- a) riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;
- b) sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;
- c) ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrare recupero con adeguate misure di riadattamento;
- d) conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;
- e) completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedalieri diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettera a), b), c);
- f) realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standards che saranno emanati a norma dell'*articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833*, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standards dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri;
- g) adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;
- h) potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali ed alle strutture di sanità pubblica veterinaria;
- i) conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi, il cui utilizzo è stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma con propria determinazione. [\(60\)](#) [\(65\)](#)



3. Il secondo decreto di cui al comma 2 definisce modalità di coordinamento in relazione agli interventi nel medesimo settore dell'edilizia sanitaria effettuati dall'Agenzia per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, dal Ministero dei lavori pubblici, dalle università nell'ambito dell'edilizia universitaria ospedaliera e da altre pubbliche amministrazioni, anche a valere sulle risorse del Fondo investimenti e occupazione (FIO). [\(65\)](#)
4. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano predispongono, entro 4 mesi dalla pubblicazione del decreto di cui al comma 3, il programma degli interventi di cui chiedono il finanziamento con la specificazione dei progetti da realizzare. Sulla base dei programmi regionali o provinciali, il Ministro della sanità predispone il programma nazionale che viene sottoposto all'approvazione del CIPE.
5. Entro sessanta giorni dal termine di cui al comma 2, il CIPE determina le quote di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono contrarre nei diversi esercizi. Entro sessanta giorni dalla scadenza dei termini di cui al comma 4 il CIPE approva il programma nazionale di cui al comma medesimo. Per il triennio 1988-1990 il limite massimo complessivo dei mutui resta determinato in lire 10.000 miliardi, in ragione di lire 3.000 miliardi per l'anno 1988 e lire 3.500 miliardi per ciascuno degli anni 1989 e 1990. Le stesse regioni e province autonome di Trento e di Bolzano presentano in successione temporale i progetti suscettibili di immediata realizzazione. [\(61\)](#)
- 5-bis. Dalla data del 30 novembre 1993, i progetti attuativi del programma di cui al comma 5, con la sola esclusione di quelli già approvati dal CIPE e di quelli già esaminati con esito positivo dal Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici alla data del 30 giugno 1993, per i quali il CIPE autorizza il finanziamento, e di quelli presentati dagli enti di cui all'[articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412](#), sono approvati dai competenti organi regionali, i quali accertano che la progettazione esecutiva, ivi compresa quella delle Università degli studi con policlinici a gestione diretta nonché degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di loro competenza territoriale, sia completa di tutti gli elaborati tecnici idonei a definire nella sua completezza tutti gli elementi ed i particolari costruttivi necessari per l'esecuzione dell'opera; essi accertano altresì la conformità dei progetti esecutivi agli studi di fattibilità approvati dal Ministero della sanità. Inoltre, al fine di evitare sovrapposizioni di interventi, i competenti organi regionali verificano la coerenza con l'attuale programmazione sanitaria. Le regioni, le province autonome e gli enti di cui all'[articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412](#), presentano al CIPE, in successione temporale, istanza per il finanziamento dei progetti, corredata dai provvedimenti della loro avvenuta approvazione, da un programma temporale di realizzazione, dalla dichiarazione che essi sono redatti nel rispetto delle normative nazionali e regionali sugli standards ammissibili e sulla capacità di offerta necessaria e che sono dotati di copertura per l'intero progetto o per parti funzionali dello stesso [\(62\)](#).
6. L'onere di ammortamento dei mutui è assunto a carico del bilancio dello Stato ed è iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro, in ragione di lire 330 miliardi per l'anno 1989 e di lire 715 miliardi per l'anno 1990.
7. Il limite di età per l'accesso ai concorsi banditi dal Servizio sanitario nazionale è elevato, per il personale laureato che partecipi a concorsi del ruolo sanitario, a 38 anni, per un periodo di tre anni a decorrere dal 1° gennaio 1988.

[\(59\)](#) Importo così elevato dall'[art. 83, comma 3, L. 23 dicembre 2000, n. 388](#), a decorrere dal 1° gennaio 2001, dall'[art. 1, comma 796, lett. n\), L. 27 dicembre 2006, n. 296](#), a decorrere dal 1° gennaio 2006, dall'[art. 2, comma 69, L. 23 dicembre 2009, n. 191](#), a decorrere dal 1° gennaio 2010, dall'[art. 1, comma 555, L. 30 dicembre 2018, n. 145](#), a decorrere dal 1° gennaio 2019, dall'[art. 1, comma 81, L. 27 dicembre 2019, n. 160](#), a decorrere dal 1° gennaio 2020, dall'[art. 1, comma 442,](#)

*L. 30 dicembre 2020, n. 178*, a decorrere dal 1° gennaio 2021, e, successivamente, dall' *art. 1, comma 263, L. 30 dicembre 2021, n. 234*, a decorrere dal 1° gennaio 2022.

(60) A norma dell'*art. 4, comma 2, D.L. 2 ottobre 1993, n. 396*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 4 dicembre 1993, n. 492*, il Nucleo di valutazione, istituito presso il Ministero della sanità ai sensi del presente comma, è soppresso.

(61) Comma così modificato dall'*art. 4, comma 2, D.L. 2 ottobre 1993, n. 396*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 4 dicembre 1993, n. 492*, a decorrere dal 6 ottobre 1993.

(62) Comma aggiunto dall'*art. 4, comma 1, D.L. 2 ottobre 1993, n. 396*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 4 dicembre 1993, n. 492*, a decorrere dal 6 ottobre 1993.

(63) Per la determinazione del tasso di interesse da applicarsi alle operazioni di mutuo effettuate nell'ambito degli interventi di ristrutturazione ed ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico, vedi il *art. 3, D.M. 7 dicembre 1988*, il *D.M. 26 marzo 1992*, il D.M. 30 giugno 1993, il decreto 28 dicembre 1993, il decreto 28 giugno 1994, il decreto 29 dicembre 1994, il decreto 28 giugno 1996, il decreto 23 dicembre 1996, il decreto 26 giugno 1997, il decreto 20 dicembre 1997, il decreto 30 giugno 1998, il decreto 22 dicembre 1998, il decreto 22 gennaio 1999, il *decreto 2 luglio 1999*, il *decreto 30 dicembre 1999*, il *D.M. 26 giugno 2000*, il *D.M. 29 dicembre 2000*, il *D.M. 26 giugno 2001*, il *decreto 7 gennaio 2002*, il *decreto 25 giugno 2002*, il *decreto 23 dicembre 2002*, il *decreto 23 luglio 2003*, il *decreto 8 gennaio 2004* il *decreto 1° luglio 2004*, il *decreto 30 dicembre 2004*, il *decreto 8 luglio 2005*, il *decreto 4 gennaio 2006*, il *decreto 5 luglio 2006*, l'art. unico *decreto 29 dicembre 2006*, il *decreto 2 luglio 2007*, l'art. unico *decreto 2 gennaio 2008*, il *decreto 7 luglio 2008*, il *decreto 27 gennaio 2009*, il *decreto 9 luglio 2009*, il *decreto 23 dicembre 2009*, il *Decreto 9 luglio 2010*, il *Decreto 19 gennaio 2011*, il *Decreto 30 giugno 2011*, il *Decreto 18 gennaio 2012* e il *Decreto 4 luglio 2012*.

(64) Per gli incrementi di spesa relativi agli interventi di cui al presente comma, vedi l'*art. 50, comma 1, lett. c), L. 23 dicembre 1998, n. 448* e l'*art. 4-bis, comma 1, D.L. 28 dicembre 1998, n. 450*.

(65) Il regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi del presente comma, è stato emanato con *D.M. 29 agosto 1989, n. 321*.

(66) Per le modalità e le procedure per la concessione dei mutui che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono autorizzate a contrarre, ai sensi del presente articolo, per il finanziamento del programma degli interventi nel settore sanitario, vedi il *D.M. 7 dicembre 1988*, il decreto 24 giugno 1993, il *D.M. 16 luglio 1993* e il *D.M. 23 settembre 1993*.

(67) Vedi anche l'*art. 4, comma 7, L. 23 dicembre 1992, n. 500*.

L.R. 29-12-1962 n. 28

Ordinamento del Governo e dell'Amministrazione centrale della Regione Siciliana.  
Pubblicata sulla Gazz. Uff. Reg. sic. 29 dicembre 1962, n. 64.

L.R. 10-4-1978 n. 2

Nuove norme per l'ordinamento del Governo e dell'Amministrazione della Regione.  
Pubblicata sulla Gazz. Uff. Reg. sic. 10 aprile 1978, n. 15.

D.P.Reg. 5-4-2022 n. 9

Regolamento di attuazione del Titolo II della legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19. Rimodulazione degli assetti organizzativi dei Dipartimenti regionali ai sensi all'articolo 13, comma 3, della legge regionale 17 marzo 2016, n. 3.

Pubblicato nella Gazz. Uff. Reg. Sic. 1° giugno 2022, n. 25.

L.R. 16-12-2008 n. 19

Norme per la riorganizzazione dei dipartimenti regionali. Ordinamento del Governo e dell'Amministrazione della Regione.

Pubblicata sulla Gazz. Uff. Reg. sic. 24 dicembre 2008, n. 59, S.O. n. 34.

L.R. 17-3-2016 n. 3, art. 13

Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2016. Legge di stabilità regionale.

Pubblicata nella Gazz. Uff. Reg. sic. 18 marzo 2016, n. 12, S.O. n. 9.

**Art. 13** *Norme di contenimento della spesa della Pubblica Amministrazione regionale.*

[1. Per effetto della disposizione di cui al comma 1 dell'[articolo 49 della legge regionale 7 maggio 2015, n. 9](#), il fondo per la retribuzione di posizione e di risultato del personale con qualifica dirigenziale della Regione siciliana, come determinato ai sensi dell'[articolo 49, comma 27, della legge regionale n. 9/2015](#), è ridotto, a decorrere dall'esercizio finanziario 2016, della somma di 1.843 migliaia di euro e, a decorrere dall'esercizio finanziario 2017, dell'ulteriore somma di 1.843 migliaia di euro <sup>(26)</sup>. ]

2. Le strutture dirigenziali oggetto della riorganizzazione di cui al comma 1 dell'[articolo 49 della legge regionale n. 9/2015](#) che, nel corso dell'esercizio finanziario, risultino vacanti, possono essere affidate esclusivamente *ad interim* per non oltre un anno, nelle more del successivo riassetto organizzativo con le procedure di cui al comma 3.

3. Con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale per le autonomie locali e la funzione pubblica, è disposto con cadenza biennale, per il quadriennio 2017-2020, l'accorpamento per materie omogenee di strutture dirigenziali in numero corrispondente a quello delle strutture dirigenziali rimaste vacanti nel biennio precedente, a seguito dei pensionamenti di cui all'[articolo 52 della legge regionale n. 9/2015](#).

4. Per il quadriennio 2017-2020 il fondo di cui al comma 1 è ridotto a seguito della riduzione delle strutture dirigenziali di cui al comma 3.

5. Al fine di assicurare piena omogeneità nella graduazione della retribuzione di posizione, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, l'Assessore regionale per le autonomie locali e la funzione pubblica, previa informativa alle organizzazioni sindacali, sottopone alla Giunta regionale una proposta di individuazione dei criteri di pesatura degli incarichi dirigenziali, tenendo conto delle disposizioni del presente articolo, ferme restando le disponibilità del fondo per il trattamento accessorio della dirigenza.

6. All'[articolo 56, comma 3, della legge regionale n. 9/2015](#), dopo le parole "le competenze in materia di liquidazioni A.T.O., enti ed aziende regionali" sono aggiunte le seguenti: "per l'espletamento delle quali è istituita apposita struttura intermedia, senza oneri aggiuntivi per il bilancio della Regione, ferma restando la riduzione complessiva delle strutture dirigenziali nell'ambito dell'Assessorato regionale dell'economia, conformemente alle previsioni di cui all'articolo 49, comma 1".

7. All'[articolo 52 della legge regionale n. 9/2015](#), è aggiunto il seguente comma: "9-bis. Nelle ipotesi di pensionamento ai sensi del presente articolo, i contratti dirigenziali, ove in scadenza nei dodici mesi precedenti la data di collocamento in quiescenza, possono essere prorogati sino alla data di cancellazione dal ruolo, fatti salvi i casi di risoluzione unilaterale del contratto di lavoro."

8. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, il trattamento di buonuscita di cui all'[articolo 6, comma 4, della legge regionale 1° febbraio 1963, n. 11](#), è calcolato con riferimento alla media delle retribuzioni dell'ultimo quinquennio <sup>(27)</sup>.

9. In armonia con le disposizioni statali, ai dipendenti della Regione e degli enti di cui all'[articolo 1 della legge regionale 15 maggio 2000, n. 10](#) nonché degli enti comunque sovvenzionati, collocati in aspettativa sindacale retribuita, non spetta alcuna forma di trattamento accessorio né ogni altra voce retributiva non riconducibile al trattamento economico fondamentale. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è conseguentemente stipulato apposito accordo quadro in materia. Decorso inutilmente il suddetto termine, si applicano le disposizioni previste dalla disciplina statale.

10. La disposizione di cui al comma 2 dell'[articolo 49 della legge regionale n. 9/2015](#) è anticipata al novantesimo giorno dalla data di entrata in vigore del regolamento attuativo del comma 1 del medesimo [articolo 49 della legge regionale n. 9/2015](#).

11. All'[articolo 13 della legge regionale 11 giugno 2014, n. 13](#), dopo il comma 3 è aggiunto il seguente:

"3-bis. I contratti vigenti che prevedano un trattamento complessivo annuo lordo superiore al limite di cui al comma 2 sono rinegoziati entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge. In caso di mancato accordo sulla rinegoziazione, si provvede alla risoluzione unilaterale dei contratti entro i successivi trenta giorni. La mancata attuazione delle disposizioni di cui al presente comma determina responsabilità per inadempimento e, nel caso di società o enti, la decadenza degli amministratori." <sup>(25)</sup>.

12. Nelle more della definizione delle procedure previste dall'[articolo 11 della legge regionale 3 dicembre 2003, n. 20](#), per le finalità di cui all'[articolo 49, comma 1, della legge regionale n. 9/2015](#), gli incarichi dirigenziali scaduti o in scadenza alla data di entrata in vigore della presente legge sono prorogati fino alla pubblicazione del regolamento di cui al medesimo [articolo 49, comma 1, della legge regionale n. 9/2015](#) e, comunque, non oltre il 30 giugno 2016.

13. Nelle ipotesi di revoca o di modifica degli incarichi di direzione delle strutture di massima dimensione disposte ai sensi del comma 3 dell'[articolo 9 della legge regionale n. 10/2000](#), il trattamento economico fondamentale ed accessorio già attribuito per l'incarico di dirigente generale è dovuto esclusivamente fino alla data di cessazione dell'incarico. Non si applicano le disposizioni normative o contrattuali più favorevoli.

14. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, limitatamente alle assenze per malattia del personale nei ruoli del Corpo Forestale della Regione siciliana, di cui al comma 18 dell'[articolo 49 della legge regionale n. 9/2015](#), in analogia al comma 1-bis dell'[articolo 71 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112](#), convertito con modificazioni dalla [legge 6 agosto 2008, n. 133](#), gli emolumenti di carattere continuativo correlati allo specifico status ed alle peculiari condizioni di impiego di tale personale sono equiparati al trattamento economico fondamentale.

<sup>(25)</sup> Comma così corretto con avviso di rettifica pubblicato sulla Gazz. Uff. Reg. sic. 1 aprile 2016, n. 14.

[\(26\)](#) Comma soppresso dall' [art. 26, comma 2, L.R. 22 febbraio 2019, n. 1](#), a decorrere dal 26 febbraio 2019 (ai sensi dell' [art. 40, comma 1](#), della medesima legge) e con applicabilità a decorrere dall'1 gennaio 2019 (ai sensi di quanto stabilito dall' [art. 39, comma 2](#), della suddetta [L.R. n. 1/2019](#)).

[\(27\)](#) Per l'applicabilità delle disposizioni del presente comma vedi l' [art. 22, comma 5, L.R. 8 maggio 2018, n. 8](#).

Deliberazione n. 82 del 10 marzo 2020.

Articolo 5, ultimo comma del D.P.Reg. 28 febbraio 1979, n.70 – Approvazione nuovo Regolamento interno della Giunta regionale.

L. 23-12-1978 n. 833

Istituzione del servizio sanitario nazionale

Pubblicata nella Gazz. Uff. 28 dicembre 1978, n. 360, S.O.

D.Lgs. 30-12-1992 n. 502

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.

L. 23-10-1992 n. 421, art. 1

Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale.

Pubblicata nella Gazz. Uff. 31 ottobre 1992, n. 257, S.O.

1. *Sanità* <sup>(2)</sup>.

1. Ai fini della ottimale e razionale utilizzazione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, del perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino, di equità distributiva e del contenimento della spesa sanitaria, con riferimento all'articolo 32 della Costituzione, assicurando a tutti i cittadini il libero accesso alle cure e la gratuità del servizio nei limiti e secondo i criteri previsti dalla normativa vigente in materia, il Governo della Repubblica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è delegato ad emanare, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) riordinare la disciplina dei *ticket* e dei prelievi contributivi, di cui all'[articolo 31 della legge 28 febbraio 1986, n. 41](#), e successive modificazioni ed integrazioni, sulla base del principio dell'uguaglianza di trattamento dei cittadini, anche attraverso l'unificazione dell'aliquota contributiva, da rendere proporzionale entro un livello massimo di reddito;

b) rafforzare le misure contro le evasioni e le elusioni contributive e contro i comportamenti abusivi nella utilizzazione dei servizi, anche attraverso l'introduzione di limiti e modalità personalizzate di fruizione delle esenzioni;

c) completare il riordinamento del Servizio sanitario nazionale, attribuendo alle regioni e alle province autonome la competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria e riservando allo Stato, in questa materia, la programmazione sanitaria nazionale, la determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria e delle relative quote capitarie di finanziamento, secondo misure tese al riequilibrio territoriale e strutturale, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; ove tale intesa non intervenga entro trenta giorni il Governo provvede direttamente;

d) definire i principi organizzativi delle unità sanitarie locali come aziende infraregionali con personalità giuridica, articolate secondo i principi della legge 8 giugno 1990, n. 142 , stabilendo comunque che esse abbiano propri organi di gestione e prevedendo un direttore generale e un collegio dei revisori i cui membri, ad eccezione della rappresentanza del Ministero del tesoro, devono essere scelti tra i revisori contabili iscritti nell'apposito registro previsto dall'articolo 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88 . La definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, l'esame del bilancio di previsione e del conto consuntivo con la remissione alla regione delle relative osservazioni, le verifiche generali sull'andamento delle attività per eventuali osservazioni utili nella predisposizione di linee di indirizzo per le ulteriori programmazioni sono attribuiti al sindaco o alla conferenza dei sindaci ovvero dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale. Il direttore generale, che deve essere in possesso del diploma di laurea e di requisiti di comprovata professionalità ed esperienza gestionale e organizzativa, è nominato con scelta motivata dalla regione o dalla provincia autonoma tra gli iscritti all'elenco nazionale da istituire presso il Ministero della sanità ed è assunto con contratto di diritto privato a termine; è coadiuvato da un direttore amministrativo e da un direttore sanitario in possesso dei medesimi requisiti soggettivi, assunti anch'essi con contratto di diritto privato a termine, ed è assistito per le attività tecnico-sanitarie da un consiglio dei sanitari, composto da medici, in maggioranza, e da altri sanitari laureati, nonché da una rappresentanza dei servizi infermieristici e dei tecnici sanitari; per la provincia autonoma di Bolzano è istituito apposito elenco provinciale tenuto dalla stessa nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego; per la Valle d'Aosta è istituito apposito elenco regionale tenuto dalla regione stessa nel rispetto delle norme in materia di bilinguismo;

e) ridurre il numero delle unità sanitarie locali, attraverso un aumento della loro estensione territoriale, tenendo conto delle specificità delle aree montane;

f) definire i principi relativi ai poteri di gestione spettanti al direttore generale;

g) definire principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori, tenuto conto della peculiarità della categoria di assistiti di cui all'[articolo 37 della legge 23 dicembre 1978, n. 833](#) , espressi per le attività rivolte agli individui in termini di prestazioni, stabilendo comunque l'individuazione della soglia minima di riferimento, da garantire a tutti i cittadini, e il parametro capitario di finanziamento da assicurare alle regioni e alle province autonome per l'organizzazione di detta assistenza, in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria;

h) emanare, per rendere piene ed effettive le funzioni che vengono trasferite alle regioni e alle province autonome, entro il 30 giugno 1993, norme per la riforma del Ministero della sanità cui rimangono funzioni di indirizzo e di coordinamento, nonché tutte le funzioni attribuite dalle leggi dello Stato per la sanità pubblica. Le stesse norme debbono prevedere altresì il riordino dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL) nonché degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e degli istituti zooprofilattici. Dette norme non devono comportare oneri a carico dello Stato [\(3\)](#);

l) prevedere l'attribuzione, a decorrere dal 1° gennaio 1993, alle regioni e alle province autonome dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale localmente riscossi con riferimento al domicilio fiscale del contribuente e la contestuale riduzione del Fondo sanitario nazionale di parte corrente di cui all'[articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833](#), e successive modificazioni; imputare alle regioni e alle province autonome gli effetti finanziari per gli eventuali livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi, per le dotazioni di presidi e di posti letto eccedenti gli *standard* previsti e per gli eventuali disavanzi di gestione da ripianare con totale esonero finanziario dello Stato; le regioni e le province autonome potranno far fronte ai predetti effetti finanziari con il proprio bilancio, graduando l'esonero dai *ticket*, salvo restando l'esonero totale dei farmaci salva-vita, variando in aumento entro il limite del 6 per cento l'aliquota dei contributi al lordo delle quote di contributo fiscalizzate per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, ed entro il limite del 75 per cento l'aliquota dei tributi regionali vigenti; stabilire le modalità ed i termini per la riscossione dei prelievi contributivi [\(4\)](#);

l) introdurre norme volte, nell'arco di un triennio, alla revisione e al superamento dell'attuale regime delle convenzioni sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, di incentivazione al contenimento dei consumi sanitari, di valorizzazione del volontariato, di acquisizione delle prestazioni, da soggetti singoli o consortili, secondo principi di qualità ed economicità, che consentano forme di assistenza differenziata per tipologie di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta;

m) prevedere che con decreto interministeriale, da emanarsi d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, siano individuate quote di risorse disponibili per le forme di assistenza differenziata di cui alla lettera l);

n) stabilire i criteri per le individuazioni degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, compresi i policlinici universitari, e degli ospedali che in ogni regione saranno destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, ai quali attribuire personalità giuridica e autonomia di bilancio, finanziaria, gestionale e tecnica e prevedere, anche per gli altri presidi delle unità sanitarie locali, che la relativa gestione sia informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basato sulle prestazioni effettuate, con appropriate forme di incentivazione per il potenziamento dei servizi ospedalieri diurni e la deospedalizzazione dei lungodegenti;

o) prevedere nuove modalità di rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed università sulla base di principi che, nel rispetto delle attribuzioni proprie dell'università, regolino l'apporto all'attività assistenziale delle facoltà di medicina, secondo le modalità stabilite dalla programmazione regionale in analogia con quanto previsto, anche in termini di finanziamento, per le strutture ospedaliere; nell'ambito di tali modalità va peraltro regolamentato il rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed università per la formazione in ambito ospedaliero del personale sanitario e per le specializzazioni post-laurea;

p) prevedere il trasferimento alle aziende infraregionali e agli ospedali dotati di personalità giuridica e di autonomia organizzativa del patrimonio mobiliare e immobiliare già di proprietà dei disciolti enti ospedalieri e mutualistici che alla data di entrata in vigore della presente legge fa parte del patrimonio dei comuni [\(5\)](#);

q) prevedere che il rapporto di lavoro del personale dipendente sia disciplinato in base alle disposizioni dell'articolo 2 della presente legge, individuando in particolare i livelli dirigenziali secondo criteri di efficienza, di non incremento delle dotazioni organiche di ciascuna delle attuali posizioni funzionali e di rigorosa selezione negli accessi ai nuovi livelli dirigenziali cui si perverrà soltanto per pubblico concorso, configurando il livello dirigenziale apicale, per quanto riguarda il

personale medico e per le altre professionalità sanitarie, quale incarico da conferire a dipendenti forniti di nuova, specifica idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione e rinnovabile, definendo le modalità di accesso, le attribuzioni e le responsabilità del personale dirigenziale, ivi incluse quelle relative al personale medico, riguardo agli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici, e la regolamentazione delle attività di tirocinio e formazione di tutto il personale;

r) definire i principi per garantire i diritti dei cittadini nei confronti del servizio sanitario anche attraverso gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, favorendo la presenza e l'attività degli stessi all'interno delle strutture e prevedendo modalità di partecipazione e di verifica nella programmazione dell'assistenza sanitaria e nella organizzazione dei servizi. Restano salve le competenze ed attribuzioni delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

s) definire i principi ed i criteri per la riorganizzazione, da parte delle regioni e province autonome, su base dipartimentale, dei presidi multizonali di prevenzione, di cui all'articolo 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 , cui competono le funzioni di coordinamento tecnico dei servizi delle unità sanitarie locali, nonché di consulenza e supporto in materia di prevenzione a comuni, province o altre amministrazioni pubbliche ed al Ministero dell'ambiente; prevedere che i servizi delle unità sanitarie locali, cui competono le funzioni di cui agli articoli 16, 20, 21 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 , siano organizzati nel dipartimento di prevenzione, articolato almeno nei servizi di prevenzione ambientale, igiene degli alimenti, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, igiene e sanità pubblica, veterinaria in riferimento alla sanità animale, all'igiene e commercializzazione degli alimenti di origine animale e all'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

t) destinare una quota del Fondo sanitario nazionale ad attività di ricerca di biomedica finalizzata, alle attività di ricerca di istituti di rilievo nazionale, riconosciuti come tali dalla normativa vigente in materia, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), nonché ad iniziative centrali previste da leggi nazionali riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale da trasferire allo stato di previsione del Ministero della sanità;

u) allo scopo di garantire la puntuale attuazione delle misure attribuite alla competenza delle regioni e delle province autonome, prevedere che in caso di inadempienza da parte delle medesime di adempimenti previsti dai decreti legislativi di cui al presente articolo, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, disponga, previa diffida, il compimento degli atti relativi in sostituzione delle predette amministrazioni regionali o provinciali;

v) prevedere l'adozione, da parte delle regioni e delle province autonome, entro il 1° gennaio 1993, del sistema di lettura ottica delle prescrizioni mediche, attivando, secondo le modalità previste dall'articolo 4, comma 4, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 , le apposite commissioni professionali di verifica. Qualora il termine per l'attivazione del sistema non fosse rispettato, il Ministro della sanità, sentito il parere della Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attiva i poteri sostitutivi consentiti dalla legge; ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni il Ministro provvede direttamente;

z) restano salve le competenze e le attribuzioni delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Sono prorogate fino al 31 dicembre 1993 le norme dell'[articolo 4, comma 4, della legge 30 dicembre 1991, n. 412](#) , concernenti l'ammissione nel prontuario terapeutico nazionale di nuove specialità che rappresentino modifiche di confezione o di composizione o di forma o di dosaggio di specialità già presenti nel prontuario e che comportino un aumento del costo del ciclo terapeutico.



3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Governo trasmette alla Camera dei deputati e al Senato della Repubblica gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 1 al fine dell'espressione del parere da parte delle Commissioni permanenti competenti per la materia di cui al presente articolo. Le Commissioni si esprimono entro quindici giorni dalla data di trasmissione.

4. Disposizioni correttive, nell'ambito dei decreti di cui al comma 1, nel rispetto dei principi e criteri direttivi determinati dal medesimo comma 1 e previo parere delle Commissioni di cui al comma 3, potranno essere emanate, con uno o più decreti legislativi, fino al 31 dicembre 1993.

[\(2\)](#) In attuazione della delega prevista dal presente articolo vedi il [D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502](#).

[\(3\)](#) In attuazione della delega prevista dalla presente lettera vedi:

- per il Ministero della sanità, il [D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 266](#);
- per l'Istituto superiore di sanità, il [D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 267](#);
- per l'Istituto superiore di prevenzione e sicurezza del lavoro, il [D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 268](#);
- per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il [D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 269](#);
- per gli istituti zooprofilattici sperimentali, il [D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 270](#);

[\(4\)](#) Lettera così modificata dall'[art. 8, L. 23 dicembre 1992, n. 498](#).

[\(5\)](#) La [Corte costituzionale, con sentenza 7-18 aprile 1997, n. 98](#) (Gazz. Uff. 23 aprile 1997, n. 17, Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, lettera p), sollevata in riferimento agli artt. 97 e 32 della Costituzione.

L.R. 3-11-1993 n. 30

Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali.

Pubblicata sulla Gazz. Uff. Reg. sic. 8 novembre 1993, n. 54.

L. 23-12-1998 n. 448, art. 71

Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo.

Pubblicata nella Gazz. Uff. 29 dicembre 1998, n. 302, S.O.

**Art. 71** (*Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani*) [\(237\)](#)

1. Allo scopo di realizzare interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani, da individuare, su proposta del Ministro della sanità, dalla Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), tenendo in particolare considerazione quelli situati nelle aree centro-meridionali, è stanziata la somma di complessive lire 1.500 miliardi per il triennio 1999-2001, di cui lire 100 miliardi per il 1999 e lire 700 miliardi annue per ciascuno degli anni 2000 e 2001. Gli interventi concorrono ad assicurare a tutti i cittadini:

- a) standard di salute, di qualità ed efficienza dei servizi indicati nel Piano sanitario nazionale 1998-2000;
- b) la riqualificazione, la riorganizzazione ed il miglioramento degli strumenti di coordinamento della rete dei servizi ai cittadini, anche attraverso la sperimentazione di nuovi modelli gestionali;
- c) il potenziamento qualitativo e quantitativo delle dotazioni sanitarie strutturali e tecnologiche, con particolare riguardo alla accessibilità, alla sicurezza ed alla umanizzazione dell'assistenza;
- d) la riqualificazione delle strutture sanitarie;
- e) la territorializzazione dei servizi.

2. Le regioni, sentiti i comuni interessati, elaborano specifici progetti per la realizzazione degli interventi di cui al comma 1, il cui finanziamento dovrà essere assicurato per non meno del 30 per cento da altre risorse pubbliche o private, entro i termini e sulla base di criteri, concernenti anche la misura del concorso possibile con le risorse di cui al comma 1, e modalità fissati con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#) <sup>(238)</sup>. All'istruttoria dei progetti provvede una commissione istituita presso la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nominata dal Ministro della sanità, d'intesa con la stessa Conferenza, in modo da assicurare la rappresentanza paritetica del Ministero della sanità, delle regioni e dell'Associazione nazionale dei comuni italiani. Il Ministro della sanità, d'intesa con la citata Conferenza unificata, sulla base dell'istruttoria effettuata dalla commissione, individua i progetti ammessi al cofinanziamento, nei limiti delle risorse di cui al comma 1, e procede alla ripartizione dei fondi tra le regioni interessate <sup>(239)</sup>. Decorso inutilmente il termine fissato dal decreto del Ministro della sanità, i comuni di cui al comma 1, nei successivi 30 giorni, possono presentare al Ministero della sanità propri progetti, trasmettendone copia alla regione. Ove non venga presentato almeno un progetto per comune, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali assicura il necessario supporto alle regioni o ai comuni per la elaborazione dei progetti medesimi. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi al cofinanziamento, nei limiti delle risorse di cui al comma 1. Si applica l'ultimo periodo dell'[articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), e successive modificazioni.

---

<sup>(237)</sup> La [Corte costituzionale, con sentenza 8-19 ottobre 2001, n. 337](#) (Gazz. Uff. 24 ottobre 2001, n. 41, serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 71 sollevata in riferimento agli artt. 117 e 118 della Cost.

<sup>(238)</sup> Per i criteri, modalità e termini di elaborazione e di presentazione dei progetti di cui alle presenti disposizioni, vedi il [D.M. 15 settembre 1999](#).

<sup>(239)</sup> Per l'individuazione dei progetti beneficiari del cofinanziamento e ripartizione delle relative risorse finanziarie, vedi il [D.M. 5 aprile 2001](#).

D.Lgs. 21-12-1999 n. 517

Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 12 gennaio 2000, n. 8, S.O.

L. 30-11-1998 n. 419, art. 6

Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

Pubblicata nella Gazz. Uff. 7 dicembre 1998, n. 286.

**6. Ridefinizione dei rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale.**

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi volti a ridefinire i rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università, attenendosi ai seguenti principi e criteri direttivi:

- a) rafforzare i processi di collaborazione tra università e Servizio sanitario nazionale, anche mediante l'introduzione di nuovi modelli gestionali e funzionali integrati fra regione e università, che prevedano l'istituzione di aziende dotate di autonoma personalità giuridica;
- b) assicurare, nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale, lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca;
- c) assicurare la coerenza fra l'attività assistenziale e le esigenze della formazione e della ricerca, anche mediante l'organizzazione dipartimentale e le idonee disposizioni in materia di personale.
2. Si applica alla delega di cui al comma 1 il disposto dell'articolo 1, commi 3 e 4, della presente legge [\(21\)](#).

---

[\(21\)](#) La [Corte costituzionale, con sentenza 20 novembre – 4 dicembre 2002, n. 510](#) (Gazz. Uff. 11 dicembre 2002, n. 49, serie speciale), ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 1, 2, comma 1, lettere b), c), h, u), aa), bb), hh), ii), ll), mm), oo), 3, comma 2, e 6, sollevate in riferimento agli articoli 3, 5, 41, 73, 76, 97, 115, 117, 118, 119 e 123 della Costituzione, nonché agli articoli 8, numeri 1 e 29, 9, numero 10, e 16 del [D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670](#).

L.R. 6-8-2009 n. 9, art. 50

Norme in materia di aiuti alle imprese.

Pubblicata sulla Gazz. Uff. Reg. sic. 14 agosto 2009, n. 38, suppl. ord. n. 27.

#### **Art. 50**

*Norme di attuazione della programmazione regionale unitaria.*

1. Il Governo della Regione provvede, per quanto di competenza, sulla base degli indirizzi programmatici espressi dall'Assemblea regionale siciliana, alla definizione delle politiche di sviluppo, dei contenuti del Documento Unitario di Programmazione, (DUP) dei Programmi operativi regionali, degli strumenti di attuazione della politica regionale e degli altri strumenti di attuazione della programmazione regionale unitaria definita nel Documento di programmazione economico-finanziaria (DPEF). Un'apposita sezione del Documento di programmazione economico-finanziaria illustra lo stato di attuazione della programmazione regionale unitaria, in particolare lo stato di attuazione e di avanzamento dei programmi regionali relativi ai fondi europei, del programma di utilizzo delle risorse del Fondo per le aree sottoutilizzate e in genere dei programmi di spesa delle risorse aggiuntive nazionali, delle politiche di sviluppo regionali finanziate con risorse ordinarie, dando conto del coordinamento fra i diversi strumenti [\(13\)](#).

1-bis. Ai fini dell'espressione degli atti d'indirizzo di cui al comma 1, il Governo della Regione assicura all'Assemblea regionale siciliana una qualificata e tempestiva informazione circa l'istruttoria degli atti e i relativi negoziati con gli organismi dell'Unione europea, statali e con tutti gli altri enti coinvolti nei tavoli di trattative, riferendo periodicamente alla Commissione per l'esame delle questioni concernenti l'attività dell'Unione europea e alle competenti commissioni dell'Assemblea regionale siciliana [\(14\)](#).

2. Costituiscono attuazione della programmazione regionale unitaria i Programmi operativi per l'obiettivo convergenza di cui al regolamento (CE) n. 1083/2006, il Programma di sviluppo rurale per l'obiettivo di cui al regolamento (CE) n. 1698/2005, il Programma operativo Fondo europeo per la pesca per l'obiettivo di cui al regolamento (CE) n. 1198/2006, il Programma di utilizzo delle risorse del Fondo per le aree sottoutilizzate come previsto dal CIPE e rientrante nella competenza regionale

nonché gli interventi settoriali previsti da particolari norme statali e regionali. Il DUP della Regione è lo strumento strategico di coordinamento di tale programmazione.

**3. Le proposte concernenti i programmi generali di attuazione della programmazione regionale unitaria sono presentate dal Governo all'Assemblea regionale siciliana, sono esaminate dalla Commissione Bilancio e dalle altre Commissioni competenti e sottoposte all'Assemblea regionale siciliana che delibera con ordine del giorno [\(15\)](#).**

3-bis. Le successive proposte di modifica finanziarie e di merito relative agli Obiettivi Tematici dei programmi operativi dei Fondi Strutturali d'Investimento Europei (Fondi SIE) o dei settori strategici di intervento degli strumenti attuativi della Politica Unitaria di Coesione sono approvate dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione "Bilanciò e della Commissione per l'esame delle questioni concernenti l'attività dell'Unione europea, da rendersi nel termine di venti giorni dall'assegnazione della relativa richiesta da parte del Presidente dell'Assemblea regionale siciliana. Nel caso in cui il parere non sia reso nel termine previsto, la Giunta ne prescinde. In caso di mancato accoglimento delle indicazioni contenute nel parere, la Giunta regionale fornisce adeguata motivazione scritta e ne dà comunicazione all'Assemblea regionale siciliana [\(16\)](#).

4. Le risorse relative alla programmazione integrata sono iscritte nel bilancio di previsione della Regione, di norma in sede di approvazione del bilancio stesso ovvero con le modalità di cui all'[articolo 8 della legge regionale 8 luglio 1977, n. 47](#) e successive modifiche ed integrazioni.

5. Fermo restando quanto stabilito dall'[articolo 11 della legge regionale 8 luglio 1977, n. 47](#) e successive modifiche ed integrazioni le amministrazioni possono assumere obbligazioni giuridicamente vincolanti nei limiti delle risorse finanziarie previste nei documenti che approvano programmi comunitari o nazionali sempreché le relative spese in conto capitale siano riferite ad opere e interventi ripartiti in più esercizi.

6. I provvedimenti amministrativi di cui al comma 4 sono comunicati alla Commissione Bilancio dell'Assemblea regionale siciliana per via telematica.

7. Il Governo riferisce annualmente alle competenti commissioni e alla Commissione per l'esame delle questioni concernenti l'attività dell'Unione europea dell'Assemblea regionale siciliana sull'attuazione o modificazione dei programmi regionali relativi ai fondi europei, facendo riferimento allo stato di attuazione dei singoli programmi e dando conto, per ciascun asse e ciascun obiettivo, dello stato di avanzamento degli interventi attivati, degli impegni di spesa e dei corrispondenti pagamenti avvenuti rispetto ai livelli previsti, e in generale di ogni elemento di conoscenza e valutazione sia quantitativo che qualitativo dei programmi. Le commissioni possono formulare osservazioni o esprimere atti d'indirizzo al Governo della Regione e, ove ne ravvisino l'opportunità, riferiscono all'Assemblea con apposita relazione [\(17\)](#).

8. Gli atti relativi agli adempimenti per l'attuazione dei programmi operativi costituiscono obiettivi prioritari per i dirigenti.

---

[\(13\)](#) Periodo aggiunto dall'[art. 11, comma 1, lettera a\), L.R. 26 aprile 2010, n. 10](#), a decorrere dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 13 della stessa legge).

[\(14\)](#) Comma aggiunto dall'[art. 11, comma 1, lettera b\), L.R. 26 aprile 2010, n. 10](#), a decorrere dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 13 della stessa legge).

[\(15\)](#) Comma così modificato dall'[art. 33, comma 6, lettera a\), L.R. 8 maggio 2018, n. 8](#), a decorrere dall'11 maggio 2018 (ai sensi di quanto disposto dall'[art. 104, comma 1, della stessa legge](#)) e con applicabilità a decorrere dal 1° gennaio 2018 (ai sensi di quanto disposto dall'[art. 103, comma 2,](#)

della medesima legge). In precedenza, il presente comma era già stato modificato dall'[art. 11, comma 1, lettera c\), L.R. 26 aprile 2010, n. 10](#), dall'[art. 15, comma 11, L.R. 17 maggio 2016, n. 8](#), dall'[art. 15, comma 1, L.R. 29 settembre 2016, n. 20](#) e dall'[art. 3, comma 3, L.R. 29 dicembre 2016, n. 28](#).

(16) Comma inserito dall'[art. 33, comma 6, lettera b\), L.R. 8 maggio 2018, n. 8](#), a decorrere dall'11 maggio 2018 (ai sensi di quanto disposto dall'art. 104, comma 1, della stessa legge) e con applicabilità a decorrere dal 1° gennaio 2018 (ai sensi di quanto disposto dall'art. 103, comma 2, della medesima legge).

(17) Comma così sostituito dall'[art. 11, comma 1, lettera d\), L.R. 26 aprile 2010, n. 10](#), a decorrere dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 13 della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «7. Con cadenza almeno semestrale il Governo della Regione riferisce all'Assemblea regionale siciliana sullo stato di attuazione dei programmi operativi regionali e degli altri strumenti di attuazione della programmazione regionale integrata.».

D.L. 13-9-2012 n. 158

Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 13 settembre 2012, n. 214.

Convertito in legge, con modificazioni, dall'[art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n. 189](#).

D.M. 2-4-2015 n. 70

#### **Ministero della salute**

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 4 giugno 2015, n. 127.

Deliberazione n. 168 del 29 maggio 2002.

Accordo di programma stipulato ai sensi dell'art. 5 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e dell'art. 5 del decreto legislativo, 19 giugno 1999, n. 229

D.Lgs. 30-12-1992 n. 502, art. 5 bis

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.

**Art. 5-bis** (*Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico*) <sup>(84)</sup>

1. Nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'[articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67](#), il Ministero della sanità può stipulare, di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie, iscritte nel bilancio dello Stato e nei bilanci regionali, accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie. <sup>(85)</sup>

2. Gli accordi di programma previsti dal comma 1 disciplinano altresì le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.

3. In caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti dal medesimo programma, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi.

---

[\(84\)](#) Articolo inserito dall'[art. 5, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229](#).

[\(85\)](#) Comma modificato dall'[art. 55, comma 1, L. 27 dicembre 2002, n. 289](#), a decorrere dal 1° gennaio 2003.

#### D.Lgs. 19-6-1999 n. 229, art. 5

Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.

**Articolo 5** *Modificazioni all'art. 5 del [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#).*

1. L'art. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«Art. 5 (*Patrimonio e contabilità*). – «1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, il patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad esse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.

2. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'art. 830, secondo comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'art. 828, secondo comma, del codice civile.

3. Le leggi ed i provvedimenti di cui al comma 1 costituiscono titolo per la trascrizione, la quale è esente da ogni onere relativo a imposte e tasse.

4. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

5. Qualora non vi abbiano già provveduto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) e successive modificazioni, le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con [decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127](#), e prevedendo:

- a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;
- b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonchè del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;
- c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;
- d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità.
- f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.

6. Per conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonchè omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari regionali rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

7. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute agli adempimenti di cui all'art. 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e all'art. 64 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1° gennaio 1995 e la contabilità finanziaria è soppressa.».

2. Dopo l'art. [5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) e successive modificazioni, è inserito il seguente:

«Art. 5-*bis* (*Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico*). – 1. Nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'art. [20 della legge 11 marzo 1988, n. 67](#), il Ministero della sanità può stipulare, di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie, iscritte nel bilancio dello Stato, accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie.

2. Gli accordi di programma previsti dal comma 1 disciplinano altresì le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonchè gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.

3. In caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti dal medesimo programma, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi.».

Deliberazione n. 417 del 17 dicembre 2002.

Integrazione dell'Accordo di Programma ex art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 – art. 20 –  
Rimodulazione interventi

Deliberazione n. 329 del 14 settembre 2018.

Riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 – Approvazione

Dec.Ass. 11-1-2019 n. 22

Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70.

Pubblicato nella Gazz. Uff. Reg. sic. 8 febbraio 2019, n. 6, S.O. n. 9.

Il presente provvedimento è stato emanato dall'Assessore regionale per la salute.

Per la modifica delle disposizioni del presente provvedimento, vedi gli *artt. 1 e 2, Dec.Ass. 19 giugno 2020, n. 550* e l'*art. 2, Dec.Ass. 8 luglio 2020, n. 614*. Per l'allineamento del numero delle strutture complesse disposte dal presente provvedimento, vedi gli *artt. 1 e 2, Dec. Ass. 6 settembre 2021*.

Vedi, anche, il *Dec.Ass. 1° luglio 2019*, il *Dec.Ass. 31 luglio 2019* e l' *art. 3, Dec. Ass. 26 ottobre 2021, n. 1077*.

Deliberazione n. 251 dell' 8 luglio 2019.

Interventi per l'edilizia sanitaria ex art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 – Apprezzamento

deliberazione n. 347 del 26 settembre 2019

Interventi per l'edilizia sanitaria ex art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 – Modifica della  
deliberazione della Giunta regionale n. 251 dell'8 luglio 2019 – Apprezzamento;

deliberazione n. 72 del 27 febbraio 2020

Documento Unitario di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia (DUPISS) contenente la nuova programmazione degli interventi per l'edilizia sanitaria ex art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 – Aggiornamento ai fini della definitiva sottoscrizione dell'Accordo di Programma – Addendum stralcio – Apprezzamento”;

deliberazione n. 69 del 10 febbraio 2023

Polo pediatrico di eccellenza di Palermo – Riprogrammazione risorse ex art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 – Apprezzamento”;

L. 11-12-2016 n. 232, art. 1 comma 140

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017–2019.

Pubblicata nella Gazz. Uff. 21 dicembre 2016, n. 297, S.O.

**Art. 1 – Comma 140**



140. Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un apposito fondo da ripartire, con una dotazione di 1.900 milioni di euro per l'anno 2017, di 3.150 milioni di euro per l'anno 2018, di 3.500 milioni di euro per l'anno 2019 e di 3.000 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2020 al 2032, per assicurare il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese, anche al fine di pervenire alla soluzione delle questioni oggetto di procedure di infrazione da parte dell'Unione europea, nei settori di spesa relativi a: a) trasporti, viabilità, mobilità sostenibile, sicurezza stradale, riqualificazione e accessibilità delle stazioni ferroviarie; b) infrastrutture, anche relative alla rete idrica e alle opere di collettamento, fognatura e depurazione; c) ricerca; d) difesa del suolo, dissesto idrogeologico, risanamento ambientale e bonifiche; e) edilizia pubblica, compresa quella scolastica; f) attività industriali ad alta tecnologia e sostegno alle esportazioni; g) informatizzazione dell'amministrazione giudiziaria; h) prevenzione del rischio sismico; i) investimenti per la riqualificazione urbana e per la sicurezza delle periferie delle città metropolitane e dei comuni capoluogo di provincia; l) eliminazione delle barriere architettoniche. L'utilizzo del fondo di cui al primo periodo è disposto con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con i Ministri interessati, in relazione ai programmi presentati dalle amministrazioni centrali dello Stato. Gli schemi dei decreti sono trasmessi alle Commissioni parlamentari competenti per materia, le quali esprimono il proprio parere entro trenta giorni dalla data dell'assegnazione; decorso tale termine, i decreti possono essere adottati anche in mancanza del predetto parere. Con i medesimi decreti sono individuati gli interventi da finanziare e i relativi importi, indicando, ove necessario, le modalità di utilizzo dei contributi, sulla base di criteri di economicità e di contenimento della spesa, anche attraverso operazioni finanziarie con oneri di ammortamento a carico del bilancio dello Stato, con la Banca europea per gli investimenti, con la Banca di sviluppo del Consiglio d'Europa, con la Cassa depositi e prestiti Spa e con i soggetti autorizzati all'esercizio dell'attività bancaria ai sensi del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia, di cui al [decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385](#), compatibilmente con gli obiettivi programmati di finanza pubblica. Fermo restando che i decreti di cui al periodo precedente, nella parte in cui individuano interventi rientranti nelle materie di competenza regionale o delle province autonome, e limitatamente agli stessi, sono adottati previa intesa con gli enti territoriali interessati, ovvero in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, per gli interventi rientranti nelle suddette materie individuati con i decreti adottati anteriormente alla data del 18 aprile 2018 l'intesa può essere raggiunta anche successivamente all'adozione degli stessi decreti. Restano in ogni caso fermi i procedimenti di spesa in corso alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto nei termini indicati dalla sentenza della Corte costituzionale n. 74 del 13 aprile 2018. [\(69\)](#) [\(67\)](#) [\(68\)](#) [\(70\)](#) [\(71\)](#)

---

[\(67\)](#) Ad integrazione delle risorse del fondo di cui al presente comma vedi il [punto 1, Deliberazione 3 marzo 2017, n. 2/2017](#).

[\(68\)](#) Per la rideterminazione del fondo di cui al presente comma, vedi l' [art. 15-quater, comma 1, D.L. 16 ottobre 2017, n. 148](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 4 dicembre 2017, n. 172](#), l' [art. 1, commi 1072 e 1079, L. 27 dicembre 2017, n. 205](#), l' [art. 35-quinquies, comma 2, D.L. 4 ottobre 2018, n. 113](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 1° dicembre 2018, n. 132](#), l' [art. 1, comma 115, L. 30 dicembre 2018, n. 145](#), l' [art. 1, comma 445, L. 30 dicembre 2020, n. 178](#), e, successivamente, l' [art. 17, commi 4, 5 e 6, D.L. 9 agosto 2022, n. 115](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 21 settembre 2022, n. 142](#).

[\(69\)](#) Comma così modificato dall' [art. 13, comma 01, D.L. 25 luglio 2018, n. 91](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 21 settembre 2018, n. 108](#).

[\(70\)](#) Per il riparto del fondo di cui al presente comma vedi il [D.P.C.M. 29 maggio 2017](#), il [D.P.C.M. 21 luglio 2017](#) e l' [art. 1, comma 686, L. 30 dicembre 2020, n. 178](#).

[\(71\)](#) Vedi, anche, l' [art. 47, comma 5, D.L. 30 aprile 2022, n. 36](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 29 giugno 2022, n. 79](#).

L. 7-8-2016 n. 160

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 giugno 2016, n. 113, recante misure finanziarie urgenti per gli enti territoriali e il territorio.

Pubblicata nella Gazz. Uff. 20 agosto 2016, n. 194.

**Repubblica Italiana****REGIONE SICILIANA****GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione n. 185 del 3 maggio 2023.

“Documento Unitario di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia (DUPISS) e riprogrammazione afferente il Programma straordinario di investimenti *ex art. 20* della legge 11 marzo 1988, n. 67”.

La Giunta Regionale

VISTO lo Statuto della Regione;

VISTE le leggi regionali 29 dicembre 1962, n. 28 e 10 aprile 1978, n. 2;

VISTA la legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19 e successive modifiche e integrazioni;

VISTO il D.P.Reg. 5 aprile 2022, n. 9 concernente: “Regolamento di attuazione del Titolo II della legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19. Rimodulazione degli assetti organizzativi dei Dipartimenti regionali ai sensi dell'articolo 13, comma 3, della legge regionale 17 marzo 2016, n. 3”;

VISTO il proprio Regolamento interno, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 82 del 10 marzo 2020;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale” e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la legge 11 marzo 1988, n. 67 (legge finanziaria 1988) e successive modifiche e integrazioni e, in particolare, l'art. 20;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 “Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali” e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la legge 23 dicembre 1998, n. 448 “Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo” e successive modifiche e integrazioni e, in particolare



**REGIONE SICILIANA**

**GIUNTA REGIONALE**

l'art. 71, rubricato “Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani”;

VISTO il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 “Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università” e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 “Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale” e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO l'art. 50, comma 3, della legge regionale 6 agosto 2009, n. 9 e successive modifiche e integrazioni, da ultimo modificato dall'art. 33, comma 6, lettera a), della legge regionale 8 maggio 2018, n. 8;

VISTO il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, convertito, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 8 novembre 2012, n. 189;

VISTO il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 168 del 29 maggio 2002 “Accordo di programma ai sensi dell'art. 5 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e dell'art. 5 del decreto legislativo, 19 giugno 1999, n. 229”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 417 del 17 dicembre 2002 “Integrazione dell'Accordo di Programma ex art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 – Rimodulazione interventi”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 329 del 14 settembre 2018 “Riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 – Approvazione”;

VISTO il decreto dell'Assessore regionale per la salute del 11 gennaio 2019, n. 22 “Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, N. 70”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 251 dell'8 luglio 2019 “Interventi



**REGIONE SICILIANA**

**GIUNTA REGIONALE**

per l'edilizia sanitaria ex art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 – Apprezzamento”;  
VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 347 del 26 settembre 2019  
“Interventi per l'edilizia sanitaria ex art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 –  
Modifica della deliberazione della Giunta regionale n. 251 dell'8 luglio 2019 –  
Apprezzamento”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 72 del 27 febbraio 2020  
“Documento Unitario di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia  
(DUPISS) contenente la nuova programmazione degli interventi per l'edilizia sanitaria  
ex art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 - Aggiornamento ai fini della definitiva  
sottoscrizione dell'Accordo di Programma – *Addendum* stralcio – Apprezzamento”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 69 del 10 febbraio 2023 “Polo  
pediatrico di eccellenza di Palermo – Riprogrammazione risorse ex art. 20 della legge  
11 marzo 1988, n. 67 – Apprezzamento”;

VISTA la nota protocollo n. 24701 del 27 aprile 2023, ritrasmessa con giusto allegato  
a mezzo certmail del 2 maggio 2023, con la quale l'Assessore regionale per la salute  
propone, per l'apprezzamento della Giunta regionale, il nuovo Documento Unitario di  
Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia (DUPISS), contenente la nuova  
programmazione delle risorse destinate all'ammodernamento del patrimonio sanitario  
pubblico con i fondi di provenienza statale, ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988,  
n. 67;

CONSIDERATO che lo stesso Assessore regionale per la salute, nel richiamare la  
propria nota, prot. n. 24701/2023 e l'allegato DUPISS, rappresenta: che nel 2010, sulla  
scorta della disponibilità di euro 845.400.341,87, comprensiva anche della quota di  
compartecipazione regionale, pari al 5%, la Regione Siciliana ha predisposto un  
programma articolato in complessivi 79 interventi ricompresi nel Documento Unitario  
di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia (DUPISS); che il predetto  
Piano di investimenti è stato positivamente apprezzato dalla Giunta regionale nella



**REGIONE SICILIANA**

**GIUNTA REGIONALE**

seduta del 17 dicembre 2010 e sul quale è stato acquisito il parere favorevole a maggioranza da parte della VI Commissione Legislativa dell'Assemblea Regionale Siciliana nella seduta n. 120 del 19 dicembre 2010; che nell'attuazione del programma, a seguito degli assestamenti di bilancio dello Stato e dei conseguenti limiti posti dal Ministero della Salute e giuste deliberazioni della Giunta regionale n. n. 251/2019, n. 347/2019, n. 72/2020 e n. 69/2023, si è proceduto per stralci e riprogrammazioni, puntualmente descritti e declinati nella predetta nota prot. n. 24701//2023 e al cui contenuto integrale si rimanda; che, in particolare, la Giunta regionale, con le predette deliderazioni n. 251/2019, n. 347/2019 e n. 72/2020, tra l'altro, ha apprezzato la realizzazione del Nuovo Ospedale di Palermo sud/Ovest, meglio noto come "Ospedale PoliCivico di Palermo", ha apprezzato, altresì, l'iniziativa di destinare l'utilizzo di ulteriori risorse per la realizzazione degli interventi infrastrutturali del nuovo ospedale "ISMET" di Carini, del nuovo Ospedale di Siracusa e del nuovo Ospedale Palermo Nord; che, da ultimo, con il parere n. 6 del 6 maggio 2021, reso dal Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti del Ministero della Salute, è stato confermato il piano programmatico "Addendum 2° stralcio", il cui Accordo di programma, dell'importo complessivo di 200.000.000,00, è stato sottoscritto, il 28 dicembre 2022, tra la Regione Siciliana, il Ministero della salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze e, pertanto, le risorse disponibili ex art. 20 legge n. 67/1988, come incrementate dagli interventi normativi nel frattempo intervenuti e al netto delle somme già riprogrammate per la realizzazione del Polo pediatrico di eccellenza di Palermo, di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 69/2023, pari a euro 118.357.366,57, risultano essere euro 981.874.132,22, comprensivi anche della quota di compartecipazione regionale, pari al 5%, come meglio riportato nella tabella di sintesi di cui alla predetta nota prot. n. 24701//2023; che, nel tempo, attraverso l'utilizzo di risorse finanziarie provenienti anche da fonti diverse da quelle ex art. 20 legge n. 67/1988, nella parte orientale della Regione sono



**REGIONE SICILIANA**

**GIUNTA REGIONALE**

stati realizzati nuovi Presidi Ospedalieri, in particolare, il “Garibaldi” e il “San Marco” di Catania e, nell'area metropolitana di Messina, l'IRCSS “Bonino Pulejo” beneficia di un finanziamento di circa 91.000.000,00, ai sensi dell'art. 1, comma 140, della legge n. 232/2016, mentre per l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “Gaetano Martino” di Messina si prevede l'utilizzo di un totale di euro 56.240.511,25, di cui euro 22.347.766,82, ex legge 160/2019, da programmare per l'efficientamento energetico della predetta A.O.U.P., il tutto meglio specificato nel quadro di sintesi di cui alla più volte citata nota prot. n. 24701//2023; che, di contro, nell'area metropolitana di Palermo i presidi ospedalieri hanno mantenuto il sito e l'impianto originario, in particolare, il Presidio Ospedaliero “Ingrassia” dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo, la quale più volte ha rappresentato l'insufficienza delle risorse assegnate per far fronte agli adeguamenti di cui necessita il predetto Presidio Ospedaliero; che, quindi, da una analisi delle progettualità del DUPISS e delle ricadute in termini di miglioramento della qualità assistenziale nel bacino di riferimento e di creazione di centri di alta specialità per la promozione di eccellenze nel territorio regionale, è emersa la necessità di procedere a una rivisitazione della programmazione delle risorse in trattazione, inserendo, nel nuovo DUPISS, contenente la riprogrammazione delle risorse destinate all'ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico con i fondi di provenienza statale, ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, la realizzazione dei seguenti interventi: 1) “Nuovo ospedale pediatrico di eccellenza”; 2) “Nuovo ospedale Civico di Palermo”; 3) “Nuovo Policlinico di Palermo”; 4) “Nuovo ospedale Palermo Nord”; 5) Riqualficazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo”;

RITENUTO di apprezzare il nuovo Documento Unitario di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia (DUPISS), contenente la nuova programmazione delle risorse destinate all'ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico con i fondi di provenienza statale, ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e di dare mandato



**REGIONE SICILIANA**

**GIUNTA REGIONALE**

all'Assessorato regionale della salute di richiedere, al Ministero della salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, la predisposizione del relativo Accordo di programma, oltre ha programmare la spesa di euro 22.347.766,82 per l'efficientamento energetico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Gaetano Martino" di Messina, nonché di inviare il presente atto deliberativo all'Assemblea Regionale Siciliana ai sensi dell'articolo 50, comma 3, della richiamata legge regionale n. 9/2009 e successive modifiche ed integrazioni;

SU proposta dell'Assessore regionale per la salute,

**D E L I B E R A**

per quanto esposto in preambolo, in conformità alla proposta di cui alla nota dell'Assessore regionale per la salute, prot. n. 24701 del 27 aprile 2023 e atto accluso, costituenti allegato alla presente deliberazione:

- di apprezzare il nuovo Documento Unitario di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia (DUPISS), contenente la nuova programmazione delle risorse destinate all'ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico con i fondi di provenienza statale, ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;
- di dare mandato all'Assessorato regionale della salute di richiedere, al Ministero della salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, la predisposizione del relativo Accordo di programma, oltre ha programmare la spesa di euro 22.347.766,82 per l'efficientamento energetico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Gaetano Martino" di Messina;
- di inviare il presente atto deliberativo all'Assemblea Regionale Siciliana ai sensi dell'articolo 50, comma 3, della legge regionale 6 agosto 2009, n. 9 e successive modifiche ed integrazioni, da ultimo modificato dall'art. 33, comma 6, lettera a), della legge regionale 8 maggio 2018, n. 8.

Il Segretario

GV/

BUONISI

Il Presidente

SCHIFANI



REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



**ASSESSORATO DELLA SALUTE**  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica  
**Servizio 3 - Gestione degli investimenti**

Prot./Serv. 3/n. 26704

Palermo 27 APR 2023

**OGGETTO:** Programma straordinario di investimenti ex art 20 L.67/88 - Riprogrammazione

Alla Segreteria della Giunta Regionale

Sua Sede

La Regione Siciliana, nel 2010, risultava destinataria di una disponibilità di fonti finanziarie per nuovi investimenti da programmare a valere sull'art. 20 della L. 67/88 pari a € 845.400.341,87 (comprensivi anche dell'apporto regionale commisurato nel 5%), come meglio riportato nella seguente tabella di sintesi:

Fonti	Finanziamento Stato 95%	Finanziamento Regione 5%	Risorse complessive
Delibera CIPE n. 52 del 06/05/1998	€ 195.753.224,75	€ 10.302.801,28	€ 206.056.026,03
Delibera CIPE n. 65 del 02/08/2002	€ 23.570.003,00	€ 1.240.526,49	€ 24.810.529,49
Delibera CIPE n. 98 del 18/12/2008	€ 251.531.588,07	€ 13.238.504,63	€ 264.770.092,70
Delibera CIPE n. 97 del 18/12/2008	€ 332.275.508,97	€ 17.488.184,68	€ 349.763.693,65
<b>Totale</b>	<b>€ 803.130.324,79</b>	<b>€ 42.270.017,08</b>	<b>€ 845.400.341,87</b>

Su tale disponibilità è stato, a suo tempo, predisposto un programma articolato in complessivi 79 interventi, ricompresi nel Documento Unico di Programmazione degli Interventi della Sanità in Sicilia (DUPISS).

A seguito, tuttavia degli assestamenti di bilancio dello stato e dei conseguenti limiti posti dal Ministero, è intervenuta la necessità di procedere per stralci nell'attuazione del programma.

Con DD.AA. n. 369/2020 del 29/04/2020 e n. 649/2020 del 22/07/2020 è stato approvato il piano programmatico "Addendum Stralcio", costituito da n. 42 interventi ricompresi nel DUPISS, dell'importo complessivo di € 249.955.650,49, con il seguente piano finanziario:

Finanziamento Art. 20 L. 67/88		Finanziamento ex Art. 71 L. 448/98		Totale
Quota 95% Stato	Quota 5% Regione	Quota 70% Stato	Quota 30% Regione	
€ 236.565.404,62	€ 12.450.810,77	€ 657.604,57	€ 281.830,53	€ 249.955.650,49

1003/2021

In data 19/03/2021 è stato sottoscritto da questa Regione, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze l'Accordo di Programma relativo all'Addendum Stralcio.

Accordo di Programma ex Art. 20 L. 67/88 - ADDENDUM Stralcio							
Elenco 42 interventi							
N° Prog.	n° Int.	Azienda	Titolo intervento	Importo totale intervento	Quota Stato 95%	Quota Regione 5%	Fin. Art. 71 L. 448/98
1	2	ASPAG	Lavori di ristrutturazione dei locali adibiti a servizi territoriali ubicati nell'immobile sito in Licata via Santa Maria	1.535.460,00	1.458.687,00	76.773,00	
2	6	ASP CL	Realizzazione del nuovo PTA di Gela	5.100.000,00	4.845.000,00	255.000,00	
3	9	ASP CL	Lavori di completamento della ristrutturazione ed adeguamento a norma dei locali del P.O. S. Elia di Caltanissetta	12.000.000,00	11.400.000,00	600.000,00	
4	11	ASP CT	Acquisto attrezzature sanitarie per il potenziamento del pronto Soccorso e delle terapie intensive	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	
5	12	ASP CT	Adeguamento strutturale ed impiantistico per realizzazione della PTA di Adrano	877.500,00	833.625,00	43.875,00	
6	13	ASP CT	Adeguamento strutturale ed impiantistico dell'immobile sito in Palagonia (CT), via Sondrio, da destinare a sede del PTA e della struttura sanitaria sita in Mirabella Imbaccari (CT) Via Scollo, da destinare a sede dei Servizi sanitari territoriali	1.421.000,00	1.349.950,00	71.050,00	
7	14	ASP CT	Adeguamento strutturale ed impiantistico dei corpi B4 e B5 del P.O. di Paternò (CT) da destinare a sede del PTA	2.620.000,00	2.489.000,00	131.000,00	
8	15	ASP CT	Riqualificazione strutturale ed impiantistica del Corpo F e del complesso Operatorio del P.O. "S. Marta e S. Venera" di Acireale	7.421.000,00	7.049.950,00	371.050,00	

9	17	ASP CT	Adeguamento strutturale ed impiantistico dei corpi del presidio Ospedaliero S. Isidoro e S. Giovanni Di Dio di Giarre, da destinare area emergenza	10.232.281,00	9.720.666,95	511.614,05	
10	18	ASP CT	Adeguamento e miglioramento funzionale della CTA S. Pietro del Distretto Sanitario Integrato del Calatino, Caltagirone (CT)	1.350.000,00	1.282.500,00	67.500,00	
11	21	A.O. Cannizzaro	Realizzazione di una struttura poliambulatoriale presso il P.O. Cannizzaro di Catania	12.900.000,00	12.255.000,00	645.000,00	
12	22	A.O. Cannizzaro	Adeguamento antincendio del P.O. Cannizzaro di CT	3.845.000,00	3.652.750,00	192.250,00	
13	24	A.O.U.P CT	Acquisto attrezzature specialistiche per Pronto Soccorso, emergenza medico chirurgica, accettazione, rianimazione, dei Presidi dell'Azienda (P.O. G. Rodolico e P.O. San Marco) di Catania	13.426.000,00	12.754.700,00	671.300,00	
14	25	ASP EN	Adeguamento e messa a norma del P.O. Basilotta di Nicosia	13.500.000,00	12.825.000,00	675.000,00	
15	26	ASP EN	Adeguamenti e messa a norma dei locali del PTA nel P.O. di Piazza Armerina	1.800.000,00	1.710.000,00	90.000,00	
16	28	ASP EN	Adeguamento impianti RSA di Pietrapertusa	700.000,00	665.000,00	35.000,00	
17	30	ASP EN	Adeguamenti e messa a norma di locali del P.O. di Leonforte per realizzare PTA.	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	
18	31	ASP EN	Completamento delle finiture, sistemazione delle parti esterne del centro di riabilitazione interprovinciale multidisciplinare di Pergusa	1.400.000,00	1.330.000,00	70.000,00	
19	32	ASP EN	Acquisto attrezzature per il centro di riabilitazione interprovinciale multidisciplinare di Pergusa	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	
20	35	ASP ME	Lavori di ristrutturazione e adeguamento sismico dei locali del Poliambulatorio di S. Alessio Siculo nel distretto di Taormina per la realizzazione di un PTA	1.060.000,00	1.007.000,00	53.000,00	
21	40	ASP ME	Acquisto tecnologie da destinare ai PP.OO. Aziendali di: Patti - S. Agata di Militello - Mistretta - Taormina - Milazzo - Barcellona - Lipari	5.000.000,00	4.750.000,00	250.000,00	
22	44	A.O.U.P ME	Adeguamento a norma di un corpo di fabbrica del Pad. C del Policlinico G. Martino di Messina	7.349.800,00	6.982.310,00	367.490,00	
23	46	ASP PA	Acquisto di un immobile nel Comune di Bagheria per accogliere in unica struttura distrettuale vari servizi sanitari (Casa della Salute)	10.914.000,00	10.368.300,00	545.700,00	
24	47	ASP PA	Lavori di completamento e ristrutturazione del P.O. di Corleone per trasferimento Pronto Soccorso e realizzazione PTA e RSA	11.474.776,00	10.901.037,20	573.738,80	

25	81	ARNAS Civico Pa	Realizzazione II stralcio di completamento Ospedale Pediatrico Di Cristina Pa	13.000.000,00	12.350.000,00	650.000,00	
26	55	A.O. Villa Sofia Cervello PA	Adeguamento e messa a norma del Padiglione A del P.O. Cervello di palermo	39.654.398,39	37.671.678,47	1.982.719,92	
27	56	A.O. Villa Sofia Cervello PA	Acquisto arredi, attrezzature e camera bianca per terapia genica per UOC di Ematologia del Padiglione Cutino	3.000.000,00	2.850.000,00	150.000,00	
28	57	A.O. Villa Sofia Cervello PA	Costruzione del Nuovo Padiglione di Medicina Trasfusionale destinato al C.R.R. per la diagnosi e cura delle leucemie e per il trapianto del Midollo Osseo c/o il P.O. V. Cervello	2.139.435,10	1.140.000,00	60.000,00	939.435,10
29	59	Ospedale Buccheri La Ferla	Acquisto attrezzature da destinare al blocco operatorio e terapia intensiva di rianimazione del P.O. Buccheri La Ferla FBF	1.390.000,00	1.320.500,00	69.500,00	
30	61	ASP RG	Realizzazione PTA nel Comune di Pozzallo	2.500.000,00	2.375.000,00	125.000,00	
31	62	ASP RG	Ristrutturazione di parte del piano seminterrato del P.O. Regina Margherita di Comiso da destinare a P.T.A.	1.100.000,00	1.045.000,00	55.000,00	
32	64	ASP SR	Lavori di completamento del P.O. di Augusta per realizzazione PTA	9.845.000,00	9.352.750,00	492.250,00	
33	65	ASP SR	Ristrutturazione del Pad. N. 8 dell'ex ONP di Siracusa per realizzazione PTA	1.300.000,00	1.235.000,00	65.000,00	
34	68	ASP SR	Acquisto e adeguamento di un immobile da destinare a PTA in Palazzolo Acreide	1.300.000,00	1.235.000,00	65.000,00	
35	71	ASP TP	Realizzazione Servizio di Radioterapia c/o il P.O. S. Antonio Abate di Trapani	3.400.000,00	3.230.000,00	170.000,00	
36	72	ASP TP	Lavori di ristrutturazione di alcuni locali del P.O. Nagar di Pantelleria (ex alloggio suore) da destinare a foresteria a servizio del PTA	500.000,00	475.000,00	25.000,00	
37	73	ASP TP	Ristrutturazione del Poliambulatorio Ex INAM di Marsala da destinare a PTA	2.750.000,00	2.612.500,00	137.500,00	
38	74	ASP TP	Adeguamento locali del P.O. V. Emanuele III di Salemi da destinare a PTA	500.000,00	475.000,00	25.000,00	
39	75	ASP TP	Ristrutturazione del PTA di Mazara del Vallo allocato nei locali del Poliambulatorio	500.000,00	475.000,00	25.000,00	
40	76	ASP TP	Ristrutturazione di parte dell'ex P.O. di Castelvetro, già utilizzato come Poliambulatorio, per destinarla a PTA	2.150.000,00	2.042.500,00	107.500,00	
41	78	ASP TP	Realizzazione del nuovo presidio sanitario polivalente di Alcamo	21.000.000,00	19.950.000,00	1.050.000,00	
42	79	ASP TP	Lavori di ampliamento del P.O. S. Antonio Abate di Trapani	14.000.000,00	13.300.000,00	700.000,00	

Con delibera n. 251 del 08/07/2019, come modificata dalla delibera n. 347 del 26/09/2020, la Giunta Regionale ha apprezzato l'atto di indirizzo della programmazione delle risorse residue disponibili ex art.20 L.

67/88, già assegnate a questa Regione con delibere CIPE n. 97 e 98 del 18/12/2008, pari a € 566.564.920,17, che - unitamente alla quota del 5% di cofinanziamento regionale, pari a € 29.814.906,31 – costituiscono la dotazione finanziaria disponibile complessiva di € 596.384.126,48.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 72 del 27 febbraio 2020 la Regione Siciliana ha, inoltre, proceduto alla revisione del DUPISS per quanto riguarda la programmazione a valere sull'Art. 20 L. 67/88, confermando le previsioni dei 42 interventi di cui all'Addendum Stralcio e riservando le ulteriori risorse disponibili, per € 596.000.000,00 (e, quindi, con un residuo di € 384.126,48) alla realizzazione di tre nuovi ospedali, secondo lo schema seguente:

Intervento	Importo complessivo	Finanziamento Stato 95%	Finanziamento Regione 5%	Risorse Complessive	Cofinanziamento privati
Realizzazione del nuovo Ospedale ISMETT di Carini	€ 176.000.000,00	€ 148.200.000,00	€ 7.800.000,00	€ 156.000.000,00	€ 20.000.000,00
Realizzazione del Nuovo Ospedale Siracusa	€ 200.000.000,00	€ 190.000.000,00	€ 10.000.000,00	€ 200.000.000,00	
Realizzazione del Nuovo Ospedale Palermo NORD	€ 240.000.000,00	€ 228.000.000,00	€ 12.000.000,00	€ 240.000.000,00	
<b>Totale</b>	<b>€ 616.000.000,00</b>	<b>€ 566.200.000,00</b>	<b>€ 29.800.000,00</b>	<b>€ 596.000.000,00</b>	<b>€ 20.000.000,00</b>

A fronte della superiore dotazione finanziaria è stato predisposto un piano programmatico "Addendum 2° Stralcio", costituito da n. 2 interventi ricompresi nel DUPISS (Schede intervento 53 e 70), dell'importo complessivo di € 376.000.000,00, con il seguente piano finanziario:

Titolo Intervento	Importo Complessivo	Finanziamento Stato 95%	Finanziamento Quota Regione 5%	Cofinanziamento privati
Realizzazione del nuovo ospedale ISMETT di Carini	€ 176.000.000,00	€ 148.200.000,00	€ 7.800.000,00	€ 20.000.000,00
Realizzazione del nuovo ospedale di Siracusa	€ 200.000.000,00	€ 190.000.000,00	€ 10.000.000,00	
<b>Totale</b>	<b>€ 376.000.000,00</b>	<b>€ 338.200.000,00</b>	<b>€ 17.800.000,00</b>	<b>€ 20.000.000,00</b>

Sul predetto piano programmatico il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute ha espresso il proprio parere favorevole n. 6 del 6 maggio 2021.

Pertanto con D.A. n. 616 del 13/07/2022 è stato confermato il piano programmatico “Addendum 2° stralcio” limitatamente all’intervento di cui alla scheda n. 70 del DUPISS “Realizzazione del nuovo ospedale di Siracusa” dell’importo complessivo di € 200.000.000,00, riservandosi di procedere ad una nuova proposta di Accordo di Programma relativamente all’intervento di cui alla scheda n. 53 “Realizzazione del nuovo ospedale ISMETT di Carini”

In data 28/12/2022, è stato sottoscritto da questa Regione, il Ministero della Salute ed il Ministero dell’Economia e delle Finanze l’Accordo di Programma relativo all’Addendum 2° Stralcio dell’importo complessivo di € 200.000.000,00.

A seguito della sottoscrizione del superiore Accordo, le risorse disponibili ex art.20 (come incrementate dagli interventi normativi nel frattempo intervenuti ed al netto delle somme riprogrammate per la realizzazione del Polo Pediatrico – ex C.E.M.I., pari a € 118.357.366,57, distinti nelle quote Stato e Regione, giusta delibera di codesta G.R. n. 69 del 10/02/2023) risultano essere pari a € 981.874.132,22 (comprensivi anche quota regionale del 5%), come meglio riportato nella seguente tabella di sintesi:

Fonti	Finanziamento Stato 95%	Finanziamento Regione 5%	Risorse Complessive
Delibera CIPE n.97 del 18/12/2008	€ 264.125.421,93	€ 13.901.337,99	€ 278.026.759,92
Delibera CIPE n.51 del 24/07/2019	€ 334.231.428,93	€ 17.591.127,84	€ 351.822.556,77
art. 1, comma 443, della Legge n. 178/2020	€ 165.977.327,00	€ 8.735.648,79	€ 174.712.975,79
art. 1, comma 442, della Legge n. 178/2020	€ 165.977.327,00	€ 8.735.648,79	€ 174.712.975,79
Revoca interventi ADP 2002 Decreto Interministeriale 13 agosto 2021	€ 2.468.920,75	€ 129.943,20	€ 2.598.863,95
<b>Totale</b>	<b>€ 932.780.425,61</b>	<b>€ 49.093.706,61</b>	<b>€ 981.874.132,22</b>

Da una analisi delle progettualità di cui al citato DUPISS ed in considerazione delle ricadute in termini di miglioramento della qualità assistenziale nel bacino di riferimento e di creazione di centri di alta specialità per la promozione di eccellenze nel territorio regionale, anche in relazione all’esperienza maturata a seguito del recente evento pandemico da Covid-19, emerge la necessità di procedere ad una rivisitazione della programmazione delle superiori risorse.

La presente proposta di riprogrammazione, nasce anche dalla considerazione che, nel tempo, attraverso l’utilizzo di risorse finanziarie provenienti anche da fonti diverse da quelle ex art.20, sono stati realizzati nuovi Presidi Ospedalieri nella parte orientale della Regione, quali il Garibaldi ed il S. Marco di Catania, nonché il nuovo ospedale di Ragusa. Inoltre, come sopra cennato, la recente sottoscrizione dell’Accordo di Programma ex art. 20 consentirà di dotare anche la città di Siracusa di un nuovo presidio ospedaliero.

Relativamente all’area metropolitana di Messina, inoltre, è necessario considerare che l’IRCCS Bonino

Pulejo è beneficiario del finanziamento di circa 91 milioni di euro giusta previsione L. n.232/2016 art.1 comma 140 DM 25 gennaio 2018 per la ristrutturazione del P.O. Piemonte e del presidio di Casazza, mentre per interventi di manutenzione straordinaria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Gaetano Martino" di Messina questa amministrazione ha programmato l'utilizzo di un totale di € 56.240.511,25 a valere su più fonti di finanziamento, esplicitate nel seguente quadro sinottico di sintesi.

Fonte	Finanziamento	Stato
Art. 20 L. 67/88 1° Addendum	€ 7.349.800,00	Richiesta dall'Azienda la rimodulazione dell'intervento per la realizzazione del PS Ostetrico-ginecologico
L. 160/2019	€ 22.347.766,82	Decreto assessoriale di programmazione interventi in fase di adozione
Accordo di Programma L.145//2018	€ 5.392.450,00	In attesa atti aziendali per ammissione a finanziamento
GSA	€ 1.750.000,00	Concluso
Accordo di Programma Quadro Salute	€ 1.849.836,52	In attesa atti aziendali per ammissione a finanziamento
PNC Missione 6 C2 1.2.2 Ospedali sicuri e sostenibili	€ 7.374.438,00	In attuazione
PNRR progetti in essere ex DL 34/2020	€ 10.176.219,91	In attuazione
<b>Totale</b>	<b>€ 56.240.511,25</b>	

Nel quadro sinottico seguente si riportano gli interventi programmati, in fase di attuazione o da avviare, per gli ospedali pubblici del SSR assistiti da risorse economiche statali e/o regionali.

Azienda	Presidio Ospedaliero	PNRR - PNC	DA10/14/2021	art.20 addendum	APQ Salute	art.71	GSA	L.145/2018	L.160/2019	Totale
ASP Agrigento	P.O. Sciacca	8.240.061,00	3.263.194,90							11.503.255,90
	P.O. San Giovanni di Dio	8.927.711,00	5.087.818,70						5.853.867,80	19.869.397,50
	P.O. Licata	3.886.630,00							5.655.228,40	9.541.858,40
	P.O. Ribera	4.365.089,00	1.503.484,10							5.868.573,10
	P.O. Canicatti	6.342.110,00							5.947.233,48	12.289.343,48
ASP Caltanissetta	P.O. Caltanissetta		5.829.111,44	12.000.000,00			3.600.000,00			21.429.111,44
	P.O. Gela		6.329.777,22				750.000,00			7.079.777,22
ASP Catania	P.O. Acireale (CT)		3.264.224,38	7.421.000,00	1.563.000,00					12.248.224,38
	P.O. Giarre			10.232.281,00						10.232.281,00
	P.O. Caltagirone		5.078.498,40							5.078.498,40
AOE Cannizzaro ARNAS Catania	A.O. Cannizzaro		1.936.897,45	14.745.000,00	4.935.000,00	6.000.000,00	2.900.000,00			30.516.897,45
	A.R.N.A.S. Garibaldi		8.218.346,32		3.000.000,00	9.135.502,12	1.000.000,00	19.035.527,08		40.389.375,52
AOU Catania	A.O.U.P. V. Emanuele		10.543.662,47							10.543.662,47
	P.O. Enna	28.757.645,00	9.613.521,63		2.450.000,00					40.821.166,63
	P.O. Leonforte	7.917.092,00								7.917.092,00
	P.O. Piazza Armerina	16.520.246,00								16.520.246,00
	P.O. Nicosia			13.500.000,00						13.500.000,00
ASP Enna	P.O. Taormina	9.232.971,00	660.754,07							9.893.725,07
	P.O. Patti	6.017.971,00								6.017.971,00
	P.O. Barcellona	4.860.930,00					1.700.000,00			6.560.930,00
	P.O. Mistretta	5.099.413,00								5.099.413,00
	P.O. Lipari	3.062.440,00								3.062.440,00
ASP Messina	P.O. S. Agata di Militello	3.091.214,00			1.150.000,00					4.241.214,00
	P.O. Milazzo	4.433.821,00	1.680.896,79					2.400.000,00		8.514.717,79
	A.O. Papardo		7.616.627,08						5.907.271,20	13.523.898,28
	A.O.U.P. Martino	7.374.438,00	10.176.219,91	7.349.800,00	1.849.836,52		1.750.000,00	5.392.450,00	22.347.766,82	56.240.511,25
	P.O. Corfeone			11.474.776,00						11.474.776,00
ASP Palermo	P.O. Ingrassia					14.168.107,25	6.500.000,00			20.668.107,25
	P.O. Partinico	4.906.987,00								4.906.987,00



AOOR Palermo	P.O. CTO	26.800.111,75																	26.800.111,75
	P.O. Cervello	21.627.220,94	43.854.398,39							939.435,10	3.650.000,00								70.071.054,43
	P.O. Villa Sofia	7.955.776,93								225.721,00									8.181.497,93
ARNAS Palermo	Ospedale Civico	19.138.736,34								7.500.000,00	4.700.000,00								31.338.736,34
	Polo Pediatrico - ex CEMI									51.316.551,93									51.316.551,93
	Ospedate dei Bambini G. Di Cristina	6.044.192,09	13.000.000,00																19.044.192,09
AOU Palermo	A.O.U.P. P. Giaccone	12.105.690,00							6.841.853,77	3.192.000,00	5.000.000,00	250.160,00							38.894.226,02
ASP Ragusa	P.O. Vittoria	2.842.665,34																	2.842.665,34
	P.O. Scicli	1.225.208,00																	1.225.208,00
	P.O. Modica	3.195.060,05																	3.195.060,05
	P.O. Ragusa	8.245.986,64							34.861.512,51										43.107.499,15
	P.O. Avola	12.540.405,00																	15.596.254,32
ASP Siracusa	P.O. Augusta	4.375.695,00																	7.475.695,00
	P.O. Noto	10.233.533,00																3.100.000,00	11.750.433,00
	P.O. Siracusa	20354708										1.516.900,00							11.750.433,00
	P.O. Trapani	7.584.556,00										724.500,00							31.379.372,63
ASP Trapani	P.O. Alcamo																		40.623.428,94
	P.O. Mazara del Vallo																		21.000.000,00
	P.O. Marsala																		778.797,99
	Totale	201.456.564,00	171.977.255,39	56.651.202,80	92.477.317,40	27.650.000,00	35.719.537,08	48.811.367,70	870.556.503,24	235.813.258,87	201.456.564,00	171.977.255,39	56.651.202,80	92.477.317,40	27.650.000,00	35.719.537,08	48.811.367,70	870.556.503,24	

Di contro, i presidi ospedalieri dell'area metropolitana di Palermo, caratterizzati da strutture a padiglioni, peraltro spesso soggetti a vincoli storico-architettonici, pur essendo stati interessati nel tempo da interventi di ristrutturazione ed adeguamento, hanno mantenuto il sito e l'impianto originario.

Fra questi, il P.O. Ingrassia dell' ASP di Palermo, che risulta beneficiario dei finanziamenti, di seguito indicati in tabella, per l'importo complessivo di € 20.668.107,25:

Titolo Intervento	Importo Complessivo	Linea finanziamento	Stato attuazione
Riqualificazione e rifunzionalizzazione	€ 13.535.612,88	Art. 71 L.448/98	In attesa atti aziendali per ammissione a finanziamento
Miglioramento dell'assistenza sanitaria per il P.O. Ingrassia mediante i lavori di ristrutturazione ed adeguamento del reparto di Ostetricia e Ginecologia ed all'acquisto di attrezzature sanitarie da destinare alla sala Operatoria del reparto di Ostetricia e ginecologia.	€ 632.494,37	Art. 71 L.448/98	In attesa atti aziendali per ammissione a finanziamento
Riqualificazione e rifunzionalizzazione.	€ 6.500.000,00	DA 2726/17	In attesa avvio appalto
<b>TOTALE</b>	<b>€ 20.668.107,25</b>		

L'ASP di Palermo, nel tempo, ha rappresentato l'insufficienza delle risorse assegnate per far fronte al compiuto e complessivo adeguamento strutturale, impiantistico ed architettonico del P.O. Ingrassia; criticità aggravata dagli intervenuti 2 prezzari regionali che, comportando un incremento medio dei costi di circa il 30%, non ha consentito, ad oggi, l'ammissione a finanziamento dei predetti interventi.

Pertanto, si propone la riprogrammazione delle risorse ex art. 20 ad oggi disponibili, di € 981.874.132,22 come di seguito esposta.

## **REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE CIVICO DI PALERMO**

Nell'ambito della predetta delibera n. 251 del 08/07/2019 è stata apprezzata la proposta di destinare l'assegnazione di € 334.231.428,93 (quota Stato 95%), disposta con delibera CIPE n. 51 del 24/07/2019, unitamente alla somma di € 17.591.127,84 a carico del bilancio regionale (5%), alla REALIZZAZIONE DEL "NUOVO OSPEDALE SUD-OVEST" (cosiddetto "Policivico", previsto nel DUPISS con scheda n.52) in sostituzione dei due contigui presidi dell'ARNAS Civico e del Policlinico Universitario, che presentano strutture non più confacenti con l'evoluzione del modello assistenziale, con refluenze particolarmente e pesantemente negative anche sui costi di gestione.

Per tali finalità l'ARNAS Civico ha conferito l'incarico al Prof. Giuseppe Pillitteri, professore ordinario di progettazione architettonica urbana dell'Università degli Studi di Palermo, di condurre uno studio per

l'individuazione dell'area su cui costruire il cosiddetto "Policivico" per complessivi 1169 posti letto.

Il professionista incaricato ha evidenziato quanto segue:

- le criticità, sia sul piano sanitario-assistenziale che universitario, discendenti dalla realizzazione di un complesso ospedaliero di notevoli dimensioni;
- dallo studio condotto è emerso che l'unica area possibile per le superiori finalità è quella del P.O. Civico, mediante riqualificazione e/o rifunzionalizzazione e/o demolizioni di edifici già individuati, che garantirebbe la realizzazione di un nuovo ospedale più ampio e funzionale dell'esistente ma non per il numero complessivo dei posti letto previsti e le attività universitarie;
- il Policlinico non ha fornito le informazioni riguardanti la didattica e la ricerca dell'Università degli Studi di Palermo indispensabili per l'individuazione di un'area, presumibilmente fuori città, stante l'attuale indisponibilità all'interno dell'area del Policlinico e di aree libere nelle zone limitrofe.

Le risultanze del superiore studio hanno condotto ad un ripensamento della programmazione a suo tempo proposta, ritenendo non più adeguata l'ipotesi progettuale di unificazione delle due predette strutture sia per le motivazioni sopra cennate, ma anche in relazione alle diverse "mission" delle stesse.

Il nuovo ospedale Civico sorgerebbe in una porzione, estesa circa 70.000 mq, dell'area dell'attuale sede di circa 300.000 mq, che andrebbe interamente rifunzionalizzata, anche attraverso la demolizione di taluni padiglioni e l'integrazione di altri di recente costruzione, con una dotazione di p.l. pari a 635, come da vigente rete ospedaliera, di cui 505 al Nuovo Ospedale e 130 presso le strutture esistenti.

Il Nucleo di valutazione degli investimenti del Ministero della salute ha espresso parere favorevole in relazione alla costruzione del nuovo ospedale di Siracusa, i cui parametri di stima riportano un costo a posto letto pari a circa € 600.000,00, il costo a metro quadro pari a € 4.200,00 e circa 140 metri quadri per posto letto.

Parametrando il costo a posto letto al valore medio del nuovo ospedale di Siracusa, attualizzato con un incremento medio dei prezzi, discendente dall'applicazione degli intervenuti 2 prezzari regionali, la previsione del costo complessivo dell'intervento si attesta a circa € 364.000.000,00.

## **REALIZZAZIONE DEL NUOVO POLICLINICO**

L'attuale patrimonio immobiliare, ove è allocato il complesso ospedaliero, risulta obsoleto ed inadeguato non solo dal punto di vista dello stato delle opere murarie e delle caratteristiche costruttive, ma anche e soprattutto per quanto concerne l'inadeguatezza tecnologica ed impiantistica che si riverbera sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria che viene, pertanto, appesantita dall'esistenza di padiglioni scollegati fra loro.

L'area esterna è assolutamente insufficiente al fabbisogno di parcheggi per i mezzi di servizio e soccorso, per l'utenza e per il personale aziendale in servizio.

La struttura ospedaliera, che risale alla prima metà degli anni '50, è situata nel cuore della città, con effettive difficoltà di accesso rapido dalle aree metropolitane o periferiche, il che costituisce un punto di grande criticità per un DEA di secondo livello.

Il progetto del nuovo Ospedale Universitario prevede l'ubicazione in un'area di proprietà dell'Ateneo palermitano presso il Campus Universitario di Viale delle Scienze, in prossimità degli svincoli dell'autostrada, con viabilità urbana ed extraurbana caratterizzata da rapidità di collegamento con la città e il territorio, non

condizionata da problemi di congestione del traffico né da inquinamento acustico.

L'area individuata consente di disporre di una superficie sufficientemente ampia per l'adozione di un modello architettonico a bassa intensità edilizia, in linea con le più recenti indicazioni relative alla realizzazione di nuove strutture sanitarie e con relativo abbassamento dell'impatto paesaggistico.

Inoltre, l'estensione territoriale consente la realizzazione di ampie zone destinate a parcheggio, nonché all'eliporto.

La costruzione del nuovo ospedale consentirà di raggiungere i seguenti benefici:

- migliore accessibilità da parte dell'utenza cittadina e territoriale;
- diminuzione dei costi di manutenzione grazie alla realizzazione di strutture ed impianti con tecnologie avanzate e più efficienti dal punto di vista energetico;
- possibilità di ampliare i servizi sanitari con l'acquisto di nuove tecnologie in grado di aumentare il livello di attrazione, la riduzione della mobilità passiva e delle liste d'attesa.

Le stime per il dimensionamento del nuovo ospedale tengono conto dei parametri previsti per il nuovo ospedale di Siracusa, attualizzati al vigente prezzario regionale, e del parametro di circa 470 posti letto da realizzare presso il nuovo nosocomio, prevedendo quindi un importo complessivo di spesa di circa € 348.000.000,00.

Con la realizzazione del nuovo Policlinico l'attuale struttura sarà oggetto di profonda rifunzionalizzazione per la ridefinizione dei servizi territoriali, al fine di erogare servizi di prevenzione, di diagnostica specialistica, indirizzando il cittadino ad un uso più appropriato dei servizi sanitari.

L'attuale complesso ospedaliero potrà, inoltre, essere destinato ai setting di cura Post Acuzie a Bassa Intensità di cura; Riabilitazione – Lungodegenza, consentendo l'ottimale gestione dei pazienti fragili.

Parte residuale della struttura esistente, di proprietà dell'Università degli studi di Palermo, sarà adibita a Campus Universitario, caso unico nel panorama delle regioni del mezzogiorno d'Italia.

## **REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE PALERMO NORD**

Nell'ambito della predetta delibera n. 251 del 08/07/20219, come modificata dalla successiva n. 347/2019, è stata apprezzata la proposta di destinare la somma di € 240.000.000,00, ricompresa nella dotazione finanziaria allora disponibile di € 596.384.126,48, l'intervento di realizzazione del nuovo ospedale Palermo nord.

Considerato che l'intervento non era previsto nel DUPISS, con delibera n. 72 del 27 febbraio 2020, la Giunta Regionale ha apprezzato l'aggiornamento del documento di programmazione, sia con riferimento ai 42 interventi oggetto dell'Accordo di Programma ADDENDUM STRALCIO, ove - fra l'altro - è previsto l'intervento n. 55 - Adeguamento e messa a norma del Padiglione "A" del P.O. V. Cervello di Palermo, che agli interventi programmati con le predetta delibera GR n. 347/20.19, attribuendo al predetto intervento il n. 82.

Ai sensi e per gli effetti della L.R. n.5/2009 recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale" è stata istituita L'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, discendente dalla confluenza dei due presidi ospedalieri Villa Sofia e Cervello (oltre al P.O. C.T.O., facente parte dell'ex Azienda Villa Sofia-C.T.O.).

La tipologia a padiglioni del presidio ospedaliero Cervello non risulta più adeguata al modello sanitario-assistenziale e pertanto la realizzazione di un monoblocco, che riunisce le attività assistenziali oggi allocate nei

diversi plessi, risulta oggi non più rinviabile.

In questo contesto l'AOOR ha affidato ad un esperto urbanista lo studio per l'individuazione di un'area dove realizzare il nuovo presidio ospedaliero Palermo Nord, con valutazione dei costi – benefici dell'operazione, individuata nel fondo Malatacca, ove è edificato il P.O. Cervello.

E' inoltre necessario considerare che il P.O. Cervello è stato interessato dagli interventi effettuati dal Soggetto Attuatore protempore ex Ordinanza n. 25/2020, che hanno interessato vari piani del Pad. A, nonché la ristrutturazione del Pronto Soccorso adulti, con l'impiego di € 21.627.220,94 a valere su risorse ex D.L. 34/2020 e risorse regionali, giusto D.A. 1014/2021.

Si rileva altresì che il Pronto Soccorso del predetto presidio ospedaliero è oggetto di finanziamento GSA di € 3.650.000,00 per la ristrutturazione delle aree e l'acquisizione di attrezzature elettromedicali.

In ultimo, il Pad. A dell'attuale sede ospedaliera del P.O. Cervello, è assistito - come sopra cennato – dal finanziamento ex art. 20 L.67/88 (scheda intervento n. 55), denominato "Adeguamento e messa a norma del Padiglione "A", dell'importo complessivo di € 39.654.398,39, di cui all'Accordo di Programma ADDENDUM STRALCIO, sottoscritto il 19/03/2021.

Pertanto il documento di indirizzo per la progettazione del nuovo ospedale Nord di Palermo dovrà necessariamente garantire il mantenimento delle aree oggetto degli interventi edilizi predetti, ove necessario rifunzionalizzandole, e prevedendo - con la logica dell'intensità e della garanzia dei percorsi di cura - la dotazione di circa 400 posti letto per il nuovo monoblocco, fermo restando l'assegnazione totale all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello dei posti letto disposta dalla vigente rete ospedaliera.

Parametrando il costo a posto letto al valore medio del nuovo ospedale di Siracusa, attualizzato con un incremento medio dei prezzi, discendente dall'applicazione degli intervenuti 2 prezzari regionali, la previsione del costo complessivo dell'intervento si attesta a circa € 240.000.000,00, confermando quindi la previsione della DGR n. 347/2019.

Tutto quanto precede, si sottopone alla valutazione di codesta Giunta di Governo per il necessario apprezzamento la riprogrammazione delle risorse disponibili ex art.20 L.67/88, come riportato nel quadro sinottico di sintesi seguente:

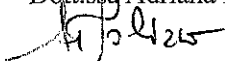
Titolo Intervento	Importo Complessivo	Quota Stato 95%	Quota Regione 5%
Realizzazione del nuovo ospedale Civico di Palermo	€ 364.000.000,00	€ 345.800.000,00	€ 18.200.000,00
Realizzazione del nuovo Policlinico di Palermo	€ 348.000.000,00	€ 330.600.000,00	€ 17.400.000,00
Realizzazione del nuovo ospedale Palermo Nord	€ 240.000.000,00	€ 228.000.000,00	€ 12.000.000,00
Riqualificazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo (adeguamento prezzario reg.le LL.PP)	€ 6.000.000,00	€ 5.700.000,00	€ 300.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 958.000.000,00</b>	<b>€ 910.100.000,00</b>	<b>€ 47.900.000,00</b>

nonché il nuovo DUPISS, redatto in conformità alla metodologia MeXa, con il quale è stata attribuita agli interventi, di cui alla presente proposta unitamente all'intervento denominato "Realizzazione del Polo Pediatrico di Palermo – ex C.E.M.I., pari a € 118.357.366,57, giusta delibera di codesta G.R. n. 69 del 10/02/2023, che lo costituiscono, la seguente numerazione:

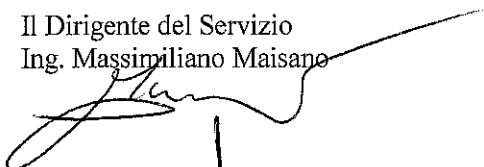
Titolo Intervento	Numerazione
Realizzazione del nuovo ospedale pediatrico di eccellenza	1
Realizzazione del nuovo ospedale Civico di Palermo	2
Realizzazione del nuovo Policlinico di Palermo	3
Realizzazione del nuovo ospedale Palermo Nord	4
Riqualificazione e rifunionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo	5

Si chiede altresì di conferire il mandato a questo Assessorato per la richiesta al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle finanze della predisposizione del relativo accordo di programma.

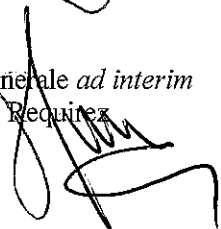
Funzionario Direttivo  
Dott.ssa Adriana Polizzi



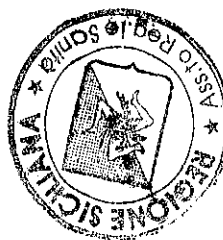
Il Dirigente del Servizio  
Ing. Massimiliano Maisano



Il Dirigente Generale *ad interim*  
Dott. Salvatore Requiezz



L'ASSESSORE  
Dott.ssa Giovanna Volo



**Data:** 02 maggio 2023, 10:38:45  
**Da:** dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it  
**A:** segreteria.giunta@certmail.regione.sicilia.it  
**Oggetto:** PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI EX ART. 20 L. 67/88-  
RIPROGRAMMAZIONE [iride]1285704[/iride] [prot]2023/24701[/prot]  
**Allegati:** DOC270423-27042023114352.pdf (690.1 KB)  
— DUPISS.pdf (12.0 MB) — *non stampato (206 pagg.)*  
datiiride.xml (118 B)

Si ritrasmette con giusto allegato.

Servizio 3

Protocollo n. 24701 del 27/04/2023 Oggetto: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI EX  
ART. 20 L. 67/88- RIPROGRAMMAZIONE Origine: PARTENZA Destinatari, PRESIDENZA REGIONE  
SICILIANA SEGRETERIA DI GIUNTA

PRESIDENZA REGIONE SICILIANA <i>Segreteria della Giunta Regionale</i>
02 MAG. 2023
Prot. n. 1259

2/5/2023 St2.2  
AB

# Regione Siciliana



## Assessorato della Salute

### DUPISS

**Documento Unitario di Programmazione degli  
Investimenti Sanitari in Sicilia  
(secondo metodologia MexA)**

Aprile 2023

**MASSIMILIANO  
MAISANO**

Firmato digitalmente da  
MASSIMILIANO MAISANO  
Data: 2023.04.29 20:47:47 +02'00'





## Sommario

Riassunto esplicativo del Programma .....	7
Scopo .....	7
Raccordo con il passato: il Programma straordinario degli investimenti in sanità .....	7
Identificazione dell'Accordo .....	13
Ospedale Pediatrico di Palermo .....	14
Nuovo ospedale Civico di Palermo .....	16
Nuovo Policlinico di Palermo .....	17
Nuovo ospedale Palermo NORD Polo Oncoematologico .....	18
Ristrutturazione Ospedale "Ingrassia" di Palermo .....	19
Il Quadro Finanziario .....	20
Gli Obiettivi del Programma .....	21
Obiettivi specifici .....	22
La coerenza interna del Programma .....	23
Analisi socio-sanitaria ed economica, rispondenza della strategia ai bisogni identificati .....	24
Strumenti di stratificazione dei bisogni di salute .....	31
Modelli organizzativi .....	35
L'Offerta ante operam .....	37
L'organizzazione del Servizio sanitario regionale .....	37
Il patrimonio immobiliare .....	39
Gli obiettivi e la coerenza interna del Programma .....	40
Gli obiettivi del Programma .....	40
La catena degli obiettivi .....	41
Obiettivo generale .....	41
Obiettivi specifici .....	41
Obiettivi operativi .....	42
L'Offerta post operam .....	43
Gli aspetti strutturali .....	44
Coerenza interna della strategia .....	45
La coerenza esterna del Programma .....	47
La coerenza del Programma con le politiche nazionali e regionali .....	47
La coerenza con gli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale e regionale .....	47
La sostenibilità degli interventi .....	48
La sostenibilità amministrativa e gestionale .....	48
La sostenibilità di risorse umane .....	48
La sostenibilità ambientale .....	48
L'attuazione del Programma: risultati attesi e valutazione degli impatti .....	50
Il sistema degli Indicatori .....	50
Gli indicatori di contesto .....	50



Gli indicatori di programma.....	54
Gli indicatori di efficienza ed efficacia.....	55
Indicatori di efficienza.....	55
Indicatori di efficacia.....	56
Schede tecniche interventi progettuali.....	57
INTERVENTO N. 1	
Costruzione dell'Ospedale Pediatrico di Eccellenza di Palermo.....	58
Progetto di completamento.....	62
Cronoprogramma fasi attuative.....	64
Piano terra livello 0,00.....	65
Pianta livello 4,50.....	65
Pianta livello 9,00.....	65
Pianta livello 13,20.....	65
Pianta quota 17,40.....	65
Pianta quota 21,60.....	65
Il quadro economico:.....	66
Piano finanziario:.....	67
INTERVENTO N. 2	
Costruzione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo.....	68
Premessa.....	70
PARTE 1. Inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico finalizzato alla realizzazione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo.....	73
1.1 Inquadramento territoriale.....	73
1.1.1 L'area di intervento.....	73
1.1.2 Strumenti di pianificazione sovraordinata.....	74
1.1.3 Mobilità, accessibilità e reti idriche e fognarie attuali.....	74
1.1.4. Servizi generali.....	75
PARTE 2. L'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico di Cristina Benfratelli.....	76
2. L'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico di Cristina Benfratelli.....	76
2.1 Il contesto, Il territorio e la popolazione.....	76
PARTE 3. Il Nuovo Ospedale Civico di Palermo.....	81
3.1 Il Nuovo Ospedale Civico di Palermo.....	81
3.1.1 Indicazioni per la Progettazione.....	81
3.1.2 Obiettivi generali, esigenze e bisogni da soddisfare.....	82
___DATI TECNICI GENERALI DI PROGETTO.....	90
___Distribuzione Posti Letto e Sale Operatorie.....	90
3.1.3 Modello funzionale ed organizzativo.....	94
___Servizi di Supporto.....	99
3.1.4 I futuri servizi centralizzati.....	100
3.1.5 Caratteristiche e requisiti dell'opera.....	101
3.1.6 Il contesto normativo di riferimento.....	104



PARTE 4. Dimensionamento economico del Nuovo Ospedale Civico .....	108
4.1 Metodologia ed analisi.....	108
4.2 Stima dei costi per "Strutture, impianti e nodi tecnologici".....	109
PARTE 5. Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Ospedale .....	113
5.1 Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo .....	113
5.2 La procedura di individuazione della migliore idea progettuale .....	113
5.3 I tempi di realizzazione del progetto.....	114
5.4 La procedura di affidamento dei lavori di costruzione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo.....	114
CONCLUSIONI .....	115
Quadro Economico.....	115
INTERVENTO N. 3	
Costruzione del Nuovo Policlinico di Palermo.....	116
Premessa .....	118
PARTE 1 . Inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico finalizzato alla realizzazione del Nuovo Ospedale Policlinico.....	120
L'area di intervento.....	120
Strumenti di pianificazione sovraordinata .....	121
Inquadramento geologico, geografico e cartografico.....	121
Mobilità, accessibilità e reti idriche e fognarie attuali .....	121
Studi preliminari e relazioni specialistiche sull'area individuata.....	122
PARTE 2. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" .....	123
Il contesto interno ed esterno .....	123
PARTE 3. Il Nuovo Policlinico .....	127
Indicazioni per la progettazione .....	127
Rifunzionalizzazione Complesso Ospedaliero Via del Vespro 129 .....	128
Modello funzionale ed organizzativo .....	129
Innovazione, ricerca e formazione .....	129
Area Materno Infantile .....	130
Area Medica .....	130
Area Chirurgica.....	130
Area Emergenza Urgenza.....	131
Area Terapia Intensiva e Semi-Intensiva .....	131
Area Degenze.....	132
Area Laboratori.....	132
Area Direzione Medica – Sanitaria e Amministrativa .....	132
Area Servizi operativi .....	133
Servizi di diagnostica per immagini.....	133
Servizi di Supporto .....	133
Caratteristiche e requisiti dell'opera .....	134
Efficacia e flessibilità nei percorsi di cura.....	136
Il contesto normativo di riferimento .....	139



Vincoli Normativi e Autorizzativi .....	140
Vincoli Relativi alle Funzioni Sanitarie .....	140
Vincoli Relativi al Contesto - Accessi e Viabilità .....	140
Posteggi.....	141
Progetto Urbano .....	141
Spazi per la didattica, la diagnostica e i servizi generali .....	141
Elisuperficie .....	141
Servizi Centralizzati .....	141
PARTE 4. Dimensionamento economico del Nuovo Ospedale Policlinico .....	142
Metodologia ed analisi.....	142
PARTE 5. Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Policlinico .....	145
La procedura di individuazione della migliore idea progettuale .....	146
I tempi di realizzazione del progetto.....	146
La procedura di affidamento dei lavori di costruzione del Nuovo Policlinico .....	147
CONCLUSIONI .....	148
Cronoprogramma fasi attuative .....	148
Quadro Economico.....	149
INTERVENTO N. 4	
Realizzazione del Polo Oncoematologico nella zona Nord di Palermo .....	150
Premessa .....	152
PARTE 1. Inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico .....	154
___1.1 Inquadramento territoriale .....	154
PARTE 2. L'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" nella zona Nord di Palermo .....	164
2.1 Studi preliminari e relazioni specialistiche sull'area individuata .....	164
2.2 Il territorio e la popolazione .....	165
2.2 I servizi aziendali centralizzati .....	168
2.3 Dotazione posti letto nell'attuale configurazione .....	169
PARTE 3. Il Nuovo Polo Oncoematologico nella zona Nord di Palermo .....	172
___3.1 Il Nuovo Polo Oncoematologico nella zona Nord di Palermo .....	172
___3.2 Metaprogetto del Nuovo Ospedale Palermo Nord - Polo Oncoematologico .....	189
PARTE 4. Dimensionamento economico del Nuovo Polo Oncoematologico .....	192
___4.1 Metodologia ed analisi.....	192
___4.2 Stima dei costi di demolizione .....	193
___4.3 Stima dei costi di nuova costruzione e recupero manufatti esistenti da mantenere .....	193
PARTE 5. Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Polo Oncoematologico .....	196
5.1 Procedimento di approvazione del progetto in variante.....	196
5.2 Procedura per l'acquisizione del Progetto Esecutivo.....	197
5.3 I tempi di realizzazione del progetto.....	198
5.4 La procedura di affidamento dei lavori di costruzione del Nuovo Polo Oncoematologico.....	198
5.5 Cronoprogramma fasi attuative .....	198



5.6 Quadro Economico.....	199
INTERVENTO N. 5.....	200
Riqualificazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo.....	200
SCHEDA INTERVENTO P.O. INGRASSIA .....	201
SCHEMA RIEPILOGATIVO .....	205
FINE DOCUMENTO.....	206



## Riassunto esplicativo del Programma

### Scopo

Il Documento Unitario di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia costituisce il documento programmatico per la stipula con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'economia e delle Finanze dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari ex art.20 L. 67/1988

### Raccordo con il passato: il Programma straordinario degli investimenti in sanità

La Regione Siciliana, nel 2010, risultava destinataria di una disponibilità di fonti finanziarie per nuovi investimenti da programmare a valere sull'art. 20 della L. 67/88 pari a € 845.400.341,87 (comprensivi anche dell'apporto regionale commisurato nel 5%), come meglio riportato nella seguente tabella di sintesi:

Fonti	Finanziamento Stato 95%	Finanziamento Regione 5%	Risorse complessive
Delibera CIPE n. 52 del 06/05/1998	€ 195.753.224,75	€ 10.302.801,28	€ 206.056.026,03
Delibera CIPE n. 65 del 02/08/2002	€ 23.570.003,00	€ 1.240.526,49	€ 24.810.529,49
Delibera CIPE n. 98 del 18/12/2008	€ 251.531.588,07	€ 13.238.504,63	€ 264.770.092,70
Delibera CIPE n. 97 del 18/12/2008	€ 332.275.508,97	€ 17.488.184,68	€ 349.763.693,65
<b>Totale</b>	<b>€ 803.130.324,79</b>	<b>€ 42.270.017,08</b>	<b>€ 845.400.341,87</b>

Su tale disponibilità è stato, a suo tempo, predisposto un programma articolato in complessivi 79 interventi, ricompresi nel Documento Unico di Programmazione degli Interventi della Sanità in Sicilia (DUPISS).

A seguito, tuttavia degli assestamenti di bilancio dello stato e dei conseguenti limiti posti dal Ministero, è intervenuta la necessità di procedere per stralci nell'attuazione del programma.

Con DD.AA.n. 369/2020 del 29/04/2020 e n. 649/2020 del 22/07/2020 è stato approvato il piano programmatico "Addendum Stralcio", costituito da n. 42 interventi ricompresi nel DUPISS, dell'importo complessivo di € 249.955.650,49, con il seguente piano finanziario:

Finanziamento Art. 20 L. 67/88		Finanziamento ex Art. 71 L. 448/98		Totale
Quota 95% Stato	Quota 5% Regione	Quota 70% Stato	Quota 30% Regione	
€ 236.565.404,62	€ 12.450.810,77	€ 657.604,57	€ 281.830,53	€ 249.955.650,49

In data 19/03/2021 è stato sottoscritto da questa Regione, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze l'Accordo di Programma relativo all'Addendum Stralcio.



Accordo di Programma ex Art. 20 L. 67/88 - ADDENDUM Stralcio							
Elenco 42 interventi							
N° Prog.	n° Int.	Azienda	Titolo intervento	Importo totale intervento	Quota Stato 95%	Quota Regione 5%	Fin. Art. 71 L. 448/98
1	2	ASP AG	Lavori di ristrutturazione dei locali adibiti a servizi territoriali ubicati nell'immobile sito in Licata via Santa Maria	1.535.460,00	1.458.687,00	76.773,00	
2	6	ASP CL	Realizzazione del nuovo PTA di Gela	5.100.000,00	4.845.000,00	255.000,00	
3	9	ASP CL	Lavori di completamento della ristrutturazione ed adeguamento a norma dei locali del P.O. S. Elia di Caltanissetta	12.000.000,00	11.400.000,00	600.000,00	
4	11	ASP CT	Acquisto attrezzature sanitarie per il potenziamento del pronto Soccorso e delle terapie intensive	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	
5	12	ASP CT	Adeguamento strutturale ed impiantistico per realizzazione della PTA di Adrano	877.500,00	833.625,00	43.875,00	
6	13	ASP CT	Adeguamento strutturale ed impiantistico dell'immobile sito in Palagonia (CT), via Sondrio, da destinare a sede del PTA e della struttura sanitaria sita in Mirabella Imbaccari (CT) Via Scollo, da destinare a sede dei Servizi sanitari territoriali	1.421.000,00	1.349.950,00	71.050,00	
7	14	ASP CT	Adeguamento strutturale ed impiantistico dei corpi B4 e B5 del P.O. di Paternò (CT) da destinare a sede del PTA	2.620.000,00	2.489.000,00	131.000,00	
8	15	ASP CT	Riqualificazione strutturale ed impiantistica del Corpo F e del complesso Operatorio del P.O. "S. Marta e S. Venera" di Acireale	7.421.000,00	7.049.950,00	371.050,00	
9	17	ASP CT	Adeguamento strutturale ed impiantistico dei corpi del presidio Ospedaliero S. Isidoro e S. Giovanni Di Dio di Giarre, da destinare area emergenza	10.232.281,00	9.720.666,95	511.614,05	
10	18	ASP CT	Adeguamento e miglioramento funzionale della CTA S. Pietro del Distretto Sanitario Integrato del Calatino, Caltagirone (CT)	1.350.000,00	1.282.500,00	67.500,00	
11	21	A.O. Cannizzaro	Realizzazione di una struttura poliambulatoriale presso il P.O. Cannizzaro di Catania	12.900.000,00	12.255.000,00	645.000,00	
12	22	A.O. Cannizzaro	Adeguamento antincendio del P.O. Cannizzaro di CT	3.845.000,00	3.652.750,00	192.250,00	
13	24	A.O.U.P CT	Acquisto attrezzature specialistiche per Pronto Soccorso, emergenza medico chirurgica, accettazione, rianimazione, dei Presidi dell'Azienda (P.O. G. Rodolico e P.O. San Marco) di Catania	13.426.000,00	12.754.700,00	671.300,00	



14	25	ASP EN	Adeguamento e messa a norma del P.O. Basilotta di Nicosia	13.500.000,00	12.825.000,00	675.000,00	
15	26	ASP EN	Adeguamenti e messa a norma dei locali del PTA nel P.O. di Piazza Armerina	1.800.000,00	1.710.000,00	90.000,00	
16	28	ASP EN	Adeguamento impianti RSA di Pietraperzia	700.000,00	665.000,00	35.000,00	
17	30	ASP EN	Adeguamenti e messa a norma di locali del P.O. di Leonforte per realizzare PTA.	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	
18	31	ASP EN	Completamento delle finiture, sistemazione delle parti esterne del centro di riabilitazione interprovinciale multidisciplinare di Pergusa	1.400.000,00	1.330.000,00	70.000,00	
19	32	ASP EN	Acquisto attrezzature per il centro di riabilitazione interprovinciale multidisciplinare di Pergusa	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	
20	35	ASP ME	Lavori di ristrutturazione e adeguamento sismico dei locali del Poliambulatorio di S. Alessio Siculo nel distretto di Taormina per la realizzazione di un PTA	1.060.000,00	1.007.000,00	53.000,00	
21	40	ASP ME	Acquisto tecnologie da destinare ai PP.OO. Aziendali di: Patti – S. Agata di Militello – Mistretta - Taormina – Milazzo – Barcellona – Lipari	5.000.000,00	4.750.000,00	250.000,00	
22	44	A.O.U.P ME	Adeguamento a norma di un corpo di fabbrica del Pad. C del Policlinico G. Martino di Messina	7.349.800,00	6.982.310,00	367.490,00	
23	46	ASP PA	Acquisto di un immobile nel Comune di Bagheria per accogliere in unica struttura distrettuale vari servizi sanitari (Casa della Salute)	10.914.000,00	10.368.300,00	545.700,00	
24	47	ASP PA	Lavori di completamento e ristrutturazione del P.O. di Corleone per trasferimento Pronto Soccorso e realizzazione PTA e RSA	11.474.776,00	10.901.037,20	573.738,80	
25	81	ARNAS Civico Pa	Realizzazione II stralcio di completamento Ospedale Pediatrico Di Cristina Pa	13.000.000,00	12.350.000,00	650.000,00	
26	55	A.O. Villa Sofia Cervello PA	Adeguamento e messa a norma del Padiglione A del P.O. Cervello di Palermo	39.654.398,39	37.671.678,47	1.982.719,92	
27	56	A.O. Villa Sofia Cervello PA	Acquisto arredi, attrezzature e camera bianca per terapia genica per UOC di Ematologia del Padiglione Cutino	3.000.000,00	2.850.000,00	150.000,00	
28	57	A.O. Villa Sofia Cervello PA	Costruzione del Nuovo Padiglione di Medicina Trasfusionale destinato al C.R.R. per la diagnosi e cura delle leucemie e per il trapianto del Midollo Osseo c/o il P.O. V. Cervello	2.139.435,10	1.140.000,00	60.000,00	939.435,10
29	59	Ospedale Buccheri La Ferla	Acquisto attrezzature da destinare al blocco operatorio e terapia intensiva di rianimazione del P.O. Buccheri La Ferla FBF	1.390.000,00	1.320.500,00	69.500,00	
30	61	ASP RG	Realizzazione PTA nel Comune di Pozzallo	2.500.000,00	2.375.000,00	125.000,00	





31	62	ASP RG	Ristrutturazione di parte del piano seminterrato del P.O. Regina Margherita di Comiso da destinare a P.T.A.	1.100.000,00	1.045.000,00	55.000,00	
32	64	ASP SR	Lavori di completamento del P.O. di Augusta per realizzazione PTA	9.845.000,00	9.352.750,00	492.250,00	
33	65	ASP SR	Ristrutturazione del Pad. N. 8 dell'ex ONP di Siracusa per realizzazione PTA	1.300.000,00	1.235.000,00	65.000,00	
34	68	ASP SR	Acquisto e adeguamento di un immobile da destinare a PTA in Palazzolo Acreide	1.300.000,00	1.235.000,00	65.000,00	
35	71	ASP TP	Realizzazione Servizio di Radioterapia c/o Il P.O. S. Antonio Abate di Trapani	3.400.000,00	3.230.000,00	170.000,00	
36	72	ASP TP	Lavori di ristrutturazione di alcuni locali del P.O. Nagar di Pantelleria (ex alloggio suore) da destinare a foresteria a servizio del PTA	500.000,00	475.000,00	25.000,00	
37	73	ASP TP	Ristrutturazione del Poliambulatorio Ex INAM di Marsala da destinare a PTA	2.750.000,00	2.612.500,00	137.500,00	
38	74	ASP TP	Adeguamento locali del P.O. V. Emanuele III di Salemi da destinare a PTA	500.000,00	475.000,00	25.000,00	
39	75	ASP TP	Ristrutturazione del PTA di Mazara del Vallo allocato nei locali del Poliambulatorio	500.000,00	475.000,00	25.000,00	
40	76	ASP TP	Ristrutturazione di parte dell'ex P.O. di Castelvetro, già utilizzato come Poliambulatorio, per destinarla a PTA	2.150.000,00	2.042.500,00	107.500,00	
41	78	ASP TP	Realizzazione del nuovo presidio sanitario polivalente di Alcamo	21.000.000,00	19.950.000,00	1.050.000,00	
42	79	ASP TP	Lavori di ampliamento del P.O. S. Antonio Abate di Trapani	14.000.000,00	13.300.000,00	700.000,00	

Con delibera n. 251 del 08/07/20219, come modificata dalla delibera n. 347 del 26/09/2020, la Giunta Regionale ha apprezzato l'atto di indirizzo della programmazione delle risorse residue disponibili ex art.20 L. 67/88, già assegnate a questa Regione con delibere CIPE n. 97 e 98 del 18/12/2008, pari a € 566.483.220,17, che - unitamente alla quota del 5% di cofinanziamento regionale, pari a € 29.814.906,31 - costituiscono la dotazione finanziaria disponibile complessiva di € 596.384.126,48.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 72 del 27 febbraio 2020 la Regione Siciliana ha, inoltre, proceduto alla revisione del DUPISS per quanto riguarda la programmazione a valere sull'Art. 20 L. 67/88, confermando le previsioni dei 42 interventi di cui all'Addendum Stralcio e riservando le ulteriori risorse disponibili, per € 596.000.000,00 (e, quindi, con un residuo di € 384.126,48) alla realizzazione di tre nuovi ospedali, secondo lo schema seguente:



Intervento	Importo complessivo	Finanziamento Stato 95%	Finanziamento Regione 5%	Risorse Complessive	Cofinanziamento privati
Realizzazione del nuovo Ospedale ISMETT di Carini	<b>€ 176.000.000,00</b>	€ 148.200.000,00	€ 7.800.000,00	<b>€ 156.000.000,00</b>	€ 20.000.000,00
Realizzazione del Nuovo Ospedale Siracusa	<b>€ 200.000.000,00</b>	€ 190.000.000,00	€ 10.000.000,00	<b>€ 200.000.000,00</b>	
Realizzazione del Nuovo Ospedale Palermo NORD	<b>€ 240.000.000,00</b>	€ 228.000.000,00	€ 12.000.000,00	<b>€ 240.000.000,00</b>	
<b>TOTALE</b>	<b>€ 616.000.000,00</b>	<b>€ 566.200.000,00</b>	<b>€ 29.800.000,00</b>	<b>€ 596.000.000,00</b>	€ 20.000.000,00

A fronte della superiore dotazione finanziaria è stato predisposto un piano programmatico "Addendum 2° Stralcio", costituito da n. 2 interventi ricompresi nel DUPISS (Schede intervento 53 e 70), dell'importo complessivo di € 376.000.000,00, con il seguente piano finanziario:

Titolo Intervento	Importo Complessivo	Finanziamento Stato 95%	Finanziamento Quota Regione 5%	Cofinanziamento privati
Realizzazione del nuovo ospedale ISMETT di Carini	€ 176.000.000,00	€ 148.200.000,00	€ 7.800.000,00	€ 20.000.000,00
Realizzazione del nuovo ospedale di Siracusa	€ 200.000.000,00	€ 190.000.000,00	€ 10.000.000,00	
<b>TOTALE</b>	<b>€ 376.000.000,00</b>	<b>€ 338.200.000,00</b>	<b>€ 17.800.000,00</b>	<b>€ 20.000.000,00</b>

Sul predetto piano programmatico il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute ha espresso il proprio parere favorevole n. 6 del 6 maggio 2021.

Successivamente, l'ISMETT ha proceduto ad una rivisitazione della progettualità che ha rideterminato il costo complessivo del progetto, in € 398.800.400,00

Pertanto con D.A. n. 616 del 13/07/2022 è stato confermato il piano programmatico "Addendum 2° stralcio" limitatamente all'intervento di cui alla scheda n. 70 del DUPISS "Realizzazione del nuovo ospedale di Siracusa" dell'importo complessivo di € 200.000.000,00, riservandosi di procedere ad una nuova proposta di Accordo di Programma relativamente all'intervento di cui alla scheda n. 53 "Realizzazione del nuovo ospedale ISMETT di Carini"

In data 28/12/2022, è stato sottoscritto da questa Regione, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze l'Accordo di Programma relativo all'Addendum 2° Stralcio dell'importo complessivo di € 200.000.000,00.

A seguito della sottoscrizione del superiore Accordo, le risorse disponibili ex art.20 (come incrementate dagli



interventi normativi nel frattempo intervenuti) ammontano a € € 1.100.231.498,79 comprensivi della quota regionale pari al 5%, come meglio riportato nella seguente tabella di sintesi:

Fonti	Finanziamento Stato 95%	Finanziamento Regione 5%	Risorse Complessive
Delibera CIPE n.98 del 18/12/2008	€ 44.289.411,20	€ 2.331.021,64	€ 46.620.432,84
Delibera CIPE n.97 del 18/12/2008	€ 332.275.508,97	€ 17.488.184,68	€ 349.763.693,65
Delibera CIPE n.51 del 24/07/2019	€ 334.231.428,93	€ 17.591.127,84	€ 351.822.556,77
art. 1, comma 443, della Legge n.178 del 30/12/2020	€ 165.977.327,00	€ 8.735.648,79	€ 174.712.975,79
art. 1, comma 442, della Legge n.178 del 30/12/2020	€ 165.977.327,00	€ 8.735.648,79	€ 174.712.975,79
Revoca interventi ADP 2002 Decreto Interministeriale del 13 agosto 2021	€ 2.468.920,75	€ 129.943,20	€ 2.598.863,95
<b>Totale</b>	<b>€ 1.045.219.923,85</b>	<b>€ 55.011.574,94</b>	<b>€ 1.100.231.498,79</b>

Da una analisi delle progettualità contenute nella precedente versione del DUPISS ed in considerazione delle ricadute in termini di miglioramento della qualità assistenziale nel bacino di riferimento e di creazione di centri di alta specialità per la promozione di eccellenze nel territorio regionale, anche in relazione all'esperienza maturata a seguito del recente evento pandemico da Covid-19, emerge la necessità di procedere ad una rivisitazione della programmazione delle superiori risorse.

La riprogrammazione, nasce anche dalla considerazione che, nel tempo, attraverso l'utilizzo di risorse finanziarie provenienti anche da fonti diverse da quelle ex art.20, sono stati realizzati nuovi Presidi Ospedalieri nella parte orientale della Regione, quali il nuovo presidio ospedaliero Nesima dell'A.R.N.A.S. "Garibaldi" di Catania e il presidio ospedaliero "S. Marco" dell'A.O.U. Policlinico di Catania, nonché il nuovo ospedale "Giovanni Paolo II" dell'Azienda sanitaria Provinciale di Ragusa . Inoltre, come sopra cennato, la recente sottoscrizione dell'Accordo di Programma ex art. 20 consentirà di dotare anche la città di Siracusa del nuovo presidio ospedaliero "Umberto I" dell'azienda Sanitaria provinciale di Siracusa.

Di contro, i presidi ospedalieri dell'area metropolitana di Palermo, caratterizzati da strutture a padiglioni, peraltro spesso soggetti a vincoli storico-architettonici, pur essendo stati interessati da interventi di ristrutturazione ed adeguamento, hanno mantenuto il sito e l'impianto originario.



## Identificazione dell'Accordo

Gli interventi previsti dalla programmazione oggetto del presente documento sono di seguito descritti

Titolo Intervento	Numerazione
Realizzazione del nuovo ospedale pediatrico di eccellenza	1
Realizzazione del nuovo ospedale Civico di Palermo	2
Realizzazione del nuovo Policlinico di Palermo	3
Realizzazione del nuovo ospedale Palermo Nord	4
Riqualificazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo	5



## Ospedale Pediatrico di Palermo

Con deliberazione di G.R.G. n. 168 del 29/5/02 e n. 417 del 17/12/02 è stato rispettivamente apprezzato e rimodulato l'Accordo di programma relativo agli interventi afferenti il piano poliennale di finanziamenti ex art. 71 L. 448/98, che ha previsto - tra l'altro - la realizzazione di un Centro di Eccellenza Materno Infantile nella Città di Palermo.

Nel 2004 veniva indetto dall'ARNAS Civico un appalto concorso che andava deserto, per cui con atto deliberativo n. 584 del 18/03/2005 veniva determinato di pervenire alla realizzazione dell'intervento attraverso una procedura di appalto integrato, indetto con delibera n. 106 del 16/02/2007.

Il progetto definitivo stralcio veniva finanziato sui fondi ex art. 71 L. 448/98 con D.D.G. n. 9309 del 18/12/2006 per € 53.894.123,13 di cui € 51.316.551,93 sui fondi ex art. 71 ed € 2.583.244,00 a carico della "Fondazione Michele Gerbasi".

Il contratto veniva stipulato in data 12/3/2009 con l'aggiudicatario ATl CIR Costruzioni S.p.A. - Consorzio Stabile Busi per un importo complessivo di € 24.079.138,14 al netto del ribasso d'asta del 37,50 % oltre oneri per la progettazione e sicurezza non soggetti a ribasso d'asta, oltre oneri fiscali ed il progetto esecutivo è stato presentato dalla ditta aggiudicataria nell'ottobre del 2009 ed integrato a marzo 2010.

Essendo intervenute le nuove norme tecniche (nel 2008) il progetto esecutivo è stato approvato in linea tecnica dal RUP con relazione del 18/5/2010 ed in linea amministrativa con atto deliberativo n. 1932 del 29/11/2010.

La consegna dei lavori avveniva in data 02/02/2011, a seguito della rimodulazione del quadro economico (utilizzo quota parte del ribasso d'asta per cui l'importo totale si attestava a € 51.316.551,93) per gli effetti dell'art. 23 della L.R. 5/09 (Fondazione posta in liquidazione), e veniva stabilita la data di ultimazione dei lavori fissata per il 16/05/2014.

L'appalto è stato contraddistinto da notevoli criticità operative connesse sia alla cessione del ramo aziendale all'impresa Lungarini S.p.A, sia alla riorganizzazione posti letto della Rete Pediatrica CEMI e P.O. Di Cristina, di cui al D.A. n.40/14, che ha determinato una revisione integrale delle scelte progettuali e che successivamente è stato rimodulato dal D.A. n. 2153/2014.

Il predetto provvedimento riunificava tutte le attività specialistiche di interesse pediatrico nel nuovo Istituto Mediterraneo per l'Eccellenza Pediatrica (ISMEP), multi-presidio basato sulla riconversione dell'attuale ospedale pediatrico "Giovanni Di Cristina" e sul costruendo nuovo "Children's Hospital" di Palermo, integrandoli in un unico percorso di cura, con aree assistenziali complementari per un totale di 278 posti letto, di cui 240 per acuti e 38 per post-acuti, lungo-degenza, oltre 20 posti letto SUAP (Speciali Unità Accoglienza Permanente).

Veniva così disposto dalla Direzione Generale dell'ARNAS alla D.L. di redigere una variante per adeguare il progetto alle nuove indicazioni del decreto Assessoriale e nell'ottobre del 2015 veniva presentata una perizia di variante generale a livello definitivo di importo superiore a quello del finanziamento disponibile, per cui veniva disposto dal RUP di redigere una variante stralcio entro il limite del finanziamento.

I lavori sono stati sospesi definitivamente con il fallimento della Lungarini S.p.A dichiarato dal Tribunale di Pesaro con sentenza n.52/2017 del 7/11/2017.

L'ARNAS pertanto ha deliberato l'avvio della procedura di interpello con lo scorrimento della graduatoria della gara iniziale, per la prosecuzione dei lavori, conclusasi con esito negativo; da qui la necessità di procedere alla



indizione di un appalto ex novo previo aggiornamento del progetto alle vigenti normative ed ai nuovi due prezziari regionali dei Lavori Pubblici nel frattempo gli intervenuti.

Alla luce di quanto sopra, l'Azienda ha provveduto a redigere un nuovo quadro economico che ha determinato un importo complessivo dell'intervento stimato in € 169.673.918,50.

Il nuovo Ospedale Pediatrico è situato in un'area di proprietà dell'Azienda Civico, "fondo Malatacca" collocato tra l'ospedale Cervello e la tangenziale della città di Palermo e risulta immediatamente raggiungibile dal predetto asse che tra l'altro costituisce l'arteria principale di ingresso alla città di Palermo.

In coerenza di quanto previsto dal D.A. n. 22 del 11/01/2019, di adeguamento della rete ospedaliera regionale al D.M. 2/04/2015 n. 70, la creazione di un polo di eccellenza pediatrico assume una valenza strategica per la rete pediatrica regionale.

L'attuale rete ospedaliera prevede per l'ARNAS di Palermo complessivi n. 196 p.l. pediatrici, di cui n. 46 p.l al P.O. Di Cristina e n.150 p.l. al "Children's Hospital" (ex CEMI), questi ultimi distinti come segue:

<b>SPECIALIZZAZIONI</b>	<b>POSTI LETTO</b>
<b>ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA</b>	<b>16</b>
<b>PRONTO SOCCORSO OBI</b>	<b>10</b>
<b>NEURO PSICHIATRIA</b>	<b>4</b>
<b>NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA</b>	<b>4</b>
<b>NEFROLOGIA PEDIATRICA</b>	<b>8</b>
<b>PEDIATRIA GENERALE</b>	<b>19</b>
<b>MALATTIE INFETTIVE</b>	<b>16</b>
<b>CHIRURGIA PEDIATRICA</b>	<b>18</b>
<b>UROLOGIA PEDIATRICA</b>	<b>2</b>
<b>ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA</b>	<b>6</b>
<b>PEDIATRIA</b>	<b>7</b>
<b>RIANIMAZIONE</b>	<b>16</b>
<b>CARDIOCHIRURGIA</b>	<b>12</b>
<b>CARDIOLOGIA</b>	<b>10</b>
<b>GRANDI USTIONI PEDIATRICHE</b>	<b>2</b>

Con nota n. 2825 del 6/07/2023, l'ARNAS Civico ha trasmesso il progetto di fattibilità tecnico economica dal quale si evince che per la realizzazione dell'opera in parola è necessario assicurare la copertura finanziaria, pari a € 118.357.366,57, ad integrazione del finanziamento a valere sulle risorse ex art. 71 L.448/98 pari a € 51.316.551,93.

## Nuovo ospedale Civico di Palermo

Nell'ambito della predetta delibera n. 251 del 08/07/20219 è stata apprezzata la proposta di destinare l'assegnazione di € **334.231.428,93** (quota Stato 95%), disposta con delibera CIPE n. 51 del 24/07/2019, unitamente alla somma di € **17.591.127,84** a carico del bilancio regionale (5%), alla **REALIZZAZIONE DEL "NUOVO OSPEDALE SUD-OVEST"** (cosiddetto "Policivico", previsto nel DUPISS con scheda n.52) in sostituzione dei due contigui presidi dell'ARNAS Civico e del Policlinico Universitario, che presentano strutture non più confacenti con l'evoluzione del modello assistenziale, con refluenze negative anche sui costi di gestione.

Per tali finalità l'ARNAS Civico ha conferito l'incarico al Prof. Giuseppe Pillitteri, professore ordinario di progettazione architettonica urbana dell'Università degli Studi di Palermo, di condurre uno studio per l'individuazione dell'area su cui costruire il cosiddetto "Policivico" per complessivi 1169 posti letto, il professionista ha evidenziato quanto segue:

- le criticità, sia sul piano sanitario-assistenziale che universitario, discendenti dalla realizzazione di un complesso ospedaliero di notevoli dimensioni;
- dallo studio condotto è emerso che l'unica area possibile per le superiori finalità è quella del P.O. Civico, mediante riqualificazione e/o rifunzionalizzazione e/o demolizioni di edifici già individuati, che garantirebbe la realizzazione di un nuovo ospedale più ampio e funzionale dell'esistente ma non per il numero complessivo dei posti letto previsti e le attività universitarie;
- il Policlinico non ha fornito le informazioni riguardanti la didattica e la ricerca dell'Università degli Studi di Palermo indispensabili per l'individuazione di un'area, presumibilmente fuori città, stante l'attuale indisponibilità all'interno dell'area del Policlinico e di aree libere nelle zone limitrofe.

Le risultanze del superiore studio hanno condotto ad una ripensamento della programmazione a suo tempo proposta, ritenendo non più adeguata l'ipotesi progettuale di unificazione delle due predette strutture sia per le motivazioni sopra cennate, ma anche in relazione alle diverse "mission" delle stesse.

Il nuovo ospedale Civico sorgerebbe in una porzione dell'area dell'attuale sede di circa 300.000 mq, che andrebbe interamente rifunzionalizzata, anche attraverso la demolizione di taluni padiglioni e l'integrazione di altri di recente costruzione, con una dotazione di p.l. pari a **635**, come da vigente rete ospedaliera, di cui 505 al Nuovo Ospedale e 130 presso le strutture esistenti.

Parametrando il costo a p.l. con un costo medio di € 780.000,00 circa (costo a p.l. nuovo ospedale di Siracusa, attualizzato con un incremento medio dei 30% dei prezzi, discendente dall'applicazione degli intervenuti 2 prezzari regionali), la previsione del costo complessivo dell'intervento si attesta a circa **€364.000.000,00**.

## Nuovo Policlinico di Palermo

L'attuale patrimonio immobiliare, ove è allocato il complesso ospedaliero, risulta obsoleto ed inadeguato non solo dal punto di vista dello stato delle opere murarie e delle caratteristiche costruttive, ma anche e soprattutto per quanto concerne l'inadeguatezza tecnologica ed impiantistica che si riverbera sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria che viene, pertanto, appesantita dall'esistenza di padiglioni scollegati fra loro.

L'area esterna è, assolutamente insufficiente al fabbisogno di parcheggi per i mezzi di servizio e soccorso, utenza e personale.

La struttura ospedaliera, che risale alla prima metà degli anni '50, è situata nel cuore della città, con effettive difficoltà di accesso rapido dalle aree metropolitane o periferiche.

Il progetto del nuovo Ospedale Universitario da realizzarsi in un'area del Campus Universitario di Viale delle Scienze, in prossimità degli svincoli dell'autostrada, con viabilità urbana ed extraurbana caratterizzata da rapidità di collegamento con la città e il territorio, non condizionata da problemi di congestione del traffico né da inquinamento acustico.

L'area individuata consente di disporre di una superficie sufficientemente ampia per l'adozione di un modello architettonico a bassa intensità edilizia, in linea con le più recenti indicazioni relative alla realizzazione di nuove strutture sanitarie e con relativo abbassamento dell'impatto paesaggistico.

Inoltre l'estensione territoriale consente la realizzazione di ampie zone destinate a parcheggio, nonché all'eliporto.

La costruzione del nuovo ospedale consentirà di raggiungere i seguenti benefici;

- migliore accessibilità da parte dell'utenza cittadina e territoriale;
- diminuzione dei costi di manutenzione grazie alla realizzazione di strutture ed impianti con tecnologie avanzate e più efficienti dal punto di vista energetico;
- possibilità di ampliare i servizi sanitari con l'acquisto di nuove tecnologie in grado di aumentare il livello di attrazione, la riduzione della mobilità passiva e delle liste d'attesa.

Le stime per il dimensionamento del nuovo ospedale vengono effettuato facendo riferimento a circa 470 posti letto, prevedendo un importo complessivo di spesa fino ad un massimo di € 348.000.000,00.

Con la realizzazione del nuovo Ospedale l'attuale struttura potrà essere rifunzionalizzata per la ridefinizione dei servizi territoriali, al fine di erogare servizi di prevenzione, di diagnostica specialistica, indirizzando il cittadino ad un uso più appropriato dei servizi sanitari.

L'attuale complesso ospedaliero potrà, inoltre, essere destinato ai setting di cura Post Acuzie a Bassa Intensità di cura; Riabilitazione – Lungodegenza, la destinazione specifica consentirebbe una corretta gestione dei pazienti fragili.



## Nuovo ospedale Palermo NORD Polo Oncoematologico

Nell'ambito della predetta delibera n. 251 del 08/07/20219, come modificata dalla successiva n. 347/2019, è stata apprezzata la proposta di destinare la somma di € 240.000.000,00, ricompresa nella dotazione finanziaria allora disponibile di € 596.384.126,48, l'intervento di realizzazione del nuovo ospedale Palermo nord.

Considerato che l'intervento non era previsto nel DUPISS, con delibera n. 72 del 27 febbraio 2020, la Giunta Regionale ha apprezzato l'aggiornamento del documento di programmazione, sia con riferimento ai 42 interventi oggetto dell'Accordo di Programma ADDENDUM STRALCIO, ove - fra l'altro - è previsto l'intervento n. 55 - Adeguamento e messa a norma del Padiglione "A" del P.O. V. Cervello di Palermo, che agli interventi programmati con le predetta delibera GR n. 347/20219, attribuendo al predetto intervento il n. 82.

Ai sensi e per gli effetti della L.R. n.5/2009 recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale" è stata istituita L'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, discendente dalla confluenza dei due presidi ospedalieri Villa Sofia e Cervello (oltre al P.O. C.T.O., facente parte dell'ex Azienda Villa Sofia-C.T.O.).

La tipologia a padiglioni del presidio ospedaliero Cervello non risulta più adeguata al modello sanitario-assistenziale e pertanto la realizzazione di un monoblocco, che riunisce le attività assistenziali oggi allocate nei diversi plessi, risulta oggi non più rinviabile.

In questo contesto l'AOR ha affidato ad un esperto urbanista lo studio per l'individuazione di un'area dove realizzare il nuovo presidio ospedaliero Palermo Nord, con valutazione dei costi – benefici dell'operazione, individuata nel fondo Malatacca, ove è edificato il P.O. Cervello.

E' inoltre necessario considerare che il P.O. Cervello è stato interessato dagli interventi effettuati dal Soggetto Attuatore protempore ex Ordinanza n. 25/2020, che hanno interessato vari piani del Pad. A, nonché la ristrutturazione del Pronto Soccorso adulti, con l'impiego di € 21.627.220,94 a valere su risorse ex D.L. 34/2020 e risorse regionali, giusto D.A. 1014/2021.

Si rileva altresì che il Pronto Soccorso del predetto presidio ospedaliero è oggetto di finanziamento GSA di € 3.650.000,00 per la ristrutturazione delle aree e l'acquisizione di attrezzature elettromedicali.

In ultimo, il Pad. A dell'attuale sede ospedaliera del P.O. Cervello, è assistito - come sopra cennato – dal finanziamento ex art. 20 L.67/88 (scheda intervento n. 55), denominato "Adeguamento e messa a norma del Padiglione "A", dell'importo complessivo di € 39.654.398,39, di cui all'Accordo di Programma ADDENDUM STRALCIO, sottoscritto il 19/03/2021.

Pertanto il documento di indirizzo per la progettazione del nuovo ospedale Nord di Palermo dovrà necessariamente garantire il mantenimento delle aree oggetto degli interventi edilizi predetti, ove necessario rifunzionalizzandole, e prevedendo - con la logica dell'intensità e della garanzia dei percorsi di cura - la dotazione di circa 400 posti letto per il nuovo monoblocco, fermo restando l'assegnazione totale all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello dei posti letto disposta dalla vigente rete ospedaliera.

Parametrando il costo a posto letto al valore medio del nuovo ospedale di Siracusa, attualizzato con un incremento medio dei prezzi, discendente dall'applicazione degli intervenuti 2 prezzari regionali, la previsione del costo complessivo dell'intervento si attesta a circa € 240.000.000,00, confermando quindi la previsione della DGR n. 347/20219.



## Ristrutturazione Ospedale "Ingrassia" di Palermo

Il P.O. Ingrassia dell' ASP di Palermo, che risulta beneficiario dei finanziamenti, di seguito indicati in tabella, per l'importo complessivo di € 20.668.107,25:

Titolo Intervento	Importo Complessivo	Linea finanziamento	Stato attuazione
Riqualificazione e rifunzionalizzazione	€ 13.535.612,88	Art. 71 L.448/98	In attesa atti aziendali per ammissione a finanziamento
Miglioramento dell'assistenza sanitaria per il P.O. Ingrassia mediante i lavori di ristrutturazione ed adeguamento del reparto di Ostetricia e Ginecologia ed all'acquisto di attrezzature sanitarie da destinare alla sala Operatoria del reparto di Ostetricia e ginecologia.	€ 632.494,37	Art. 71 L.448/98	In attesa atti aziendali per ammissione a finanziamento
Riqualificazione e rifunzionalizzazione.	€ 6.500.000,00	DA 2726/17	In attesa avvio appalto
<b>TOTALE</b>	<b>€ 20.668.107,25</b>		

L'ASP di Palermo, nel tempo, ha rappresentato l'insufficienza delle risorse assegnate per far fronte al compiuto e complessivo adeguamento strutturale, impiantistico ed architettonico del P.O. Ingrassia; criticità aggravata dagli intervenuti 2 prezzari regionali che, comportando un incremento medio dei costi di circa il 30%, non ha consentito, ad oggi, l'ammissione a finanziamento dei predetti interventi.



## Il Quadro Finanziario

Titolo Intervento	Risorse art.20 L. 67/88	Quota Stato 95%	Quota Regione 5%
Realizzazione Ospedale Pediatrico di Palermo	€ 118.357.366,57	€ 112.439.498,24	€ 5.917.868,33
Realizzazione del nuovo ospedale Civico di Palermo	€ 364.000.000,00	€ 345.800.000,00	€ 18.200.000,00
Realizzazione del nuovo Policlinico di Palermo	€ 348.000.000,00	€ 330.600.000,00	€ 17.400.000,00
Realizzazione del nuovo ospedale Palermo Nord	€ 240.000.000,00	€ 228.000.000,00	€ 12.000.000,00
Riqualificazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo (adeguamento prezzario reg.le LL.PP)	€ 6.000.000,00	€ 5.700.000,00	€ 300.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.076.357.366,57</b>	<b>€ 1.022.539.498,24</b>	<b>€ 53.817.868,33</b>



## Gli Obiettivi del Programma

Per dare risposte adeguate all'emergere di bisogni sanitari sempre più diversificati la Regione Siciliana ha intrapreso da tempo un progressivo e costante processo di innovazione e di riorganizzazione del proprio sistema sanitario.

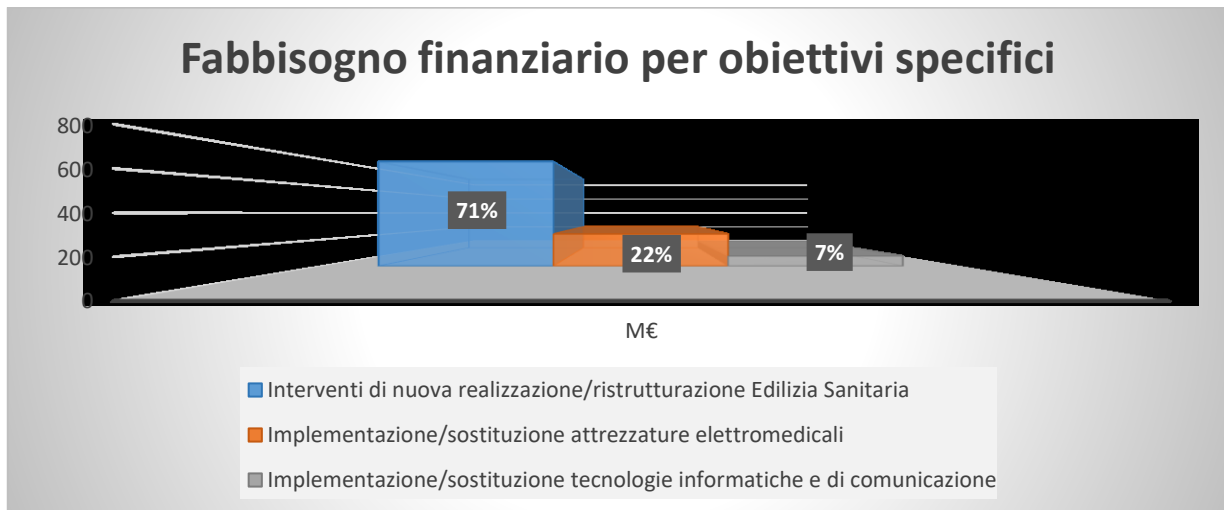
L'obiettivo generale a cui concorrono gli interventi è consolidare un sistema sanitario regionale che deve prioritariamente:

- mantenere un sistema universale e solidale per garantire equo accesso ai servizi;
- proseguire il processo di innovazione e qualificazione del Welfare;
- soddisfare le aspettative e le preferenze dei singoli e delle comunità;
- rinnovare seguendo il modello di sviluppo sostenibile sotto il profilo economico-finanziario e ambientale quale elemento cardine di tutti gli interventi che riguardano la realizzazione di opere, applicando, in particolare:
  - i Criteri Ambientali Minimi (CAM) per lo "Affidamento di servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici" approvato con DM 11 ottobre 2017, per quanto concerne la sostenibilità ambientale;
  - le Norme Tecniche per le Costruzioni (NTC 2018) approvate con DM 17 gennaio 2018, per quanto riguarda la sicurezza antisismica.

## Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici del Programma sono pertanto:

- interventi per il completamento e l'adeguamento funzionale e normativo di alcune strutture ospedaliere esistenti;
- l'implementazione/sostituzione delle tecnologie biomediche per garantire ai cittadini/pazienti diagnosi e cure più efficienti e sicure;
- l'implementazione/ammodernamento tecnologie informatiche.





## La coerenza interna del Programma

Le indicazioni che emergono dai principali documenti di programmazione sanitaria regionale trovano rispondenza con gli obiettivi specifici del Programma. Tali indicazioni si riferiscono:

- al potenziamento dei servizi ospedalieri, da attuarsi, a seguito del processo di riassetto organizzativo e funzionale attraverso la realizzazione di nuovi ospedali e la ristrutturazione di presidi ospedalieri esistenti;
- all'innovazione e all'ammodernamento tecnologico volto a garantire prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute;
- alla messa a norma delle strutture ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale, per garantire adeguati standard di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e migliorare i luoghi di cura e degenza in termini di comfort alberghiero.

## Analisi socio-sanitaria ed economica, rispondenza della strategia ai bisogni identificati

L'analisi di seguito riportata è finalizzata ad una rappresentazione dei problemi di salute della Regione Siciliana, partendo dalla lettura di alcune informazioni quantitative, principalmente basate su dati correnti già disponibili sul territorio ed è tratta, con alcuni aggiornamenti dal profilo di salute completo elaborato dal Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute ("Indagine sul profilo di salute e priorità sanitarie in Sicilia").

Il particolare contesto oro-geografico ha da sempre inciso sullo sviluppo socio-economico della Sicilia e conseguentemente anche sugli aspetti sanitari: la vastità del suo territorio, la presenza di arcipelaghi (Eolie, Egadi, Pelagie, nonché le isole di Ustica e Pantelleria) comportano peculiari criticità prevalentemente legate alle difficili vie di comunicazione che incidono sui tempi di percorrenza e dunque sul tempestivo accesso alle cure in alcune aree.

La popolazione regionale residente al 1 gennaio 2021 risulta di 4.840.876 unità, di cui 2.353.823 uomini (48,6%) e 2.487.053 donne (51,4%). La Sicilia, con una estensione territoriale di 25.832 km<sup>2</sup>, risulta essere la regione più vasta del Paese.

L'insediamento della popolazione è di tipo accentrato specie nei capoluoghi, con maggiore densità di popolazione lungo le aree costiere a causa delle correnti migratorie dalle aree montuose e collinari dell'interno verso i centri più grandi.

Nei tre principali comuni della Sicilia (Palermo, Catania e Messina) si concentra quasi un quarto dell'intera popolazione regionale (1.160.564 abitanti pari al 24% del totale).

La Regione è costituita da nove province che configurano le attuali Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) per un totale di 391 comuni. La provincia più grande è Palermo che con 1.214.291 abitanti rappresenta un quarto della popolazione totale dell'isola.

Provincia	Numero comuni	Popolazione	Superficie in Km <sup>2</sup>	Densità abitanti per Km <sup>2</sup>
Agrigento	43	419.847	3.053	138
Caltanissetta	22	252.803	2.138	118
Catania	58	1.066.765	3.574	299
Enna	20	158.183	2.575	61
Messina	108	609.223	3.266	187
Palermo	82	1.214.291	5.009	242
Ragusa	12	314.950	1.624	194
Siracusa	21	386.451	2.124	182
Trapani	25	418.363	2.470	169
<b>TOTALE</b>	<b>391</b>	<b>4.840.876</b>	<b>25.832</b>	<b>187</b>

**Tabella. Popolazione e suddivisione amministrativa su base dati Istat**

La composizione per classi di età della popolazione siciliana racconta di una popolazione demograficamente matura, con una popolazione adulta che, nel corso degli ultimi anni, è andata aumentando in proporzione alle altre due fasce di riferimento (0-14 anni e 15-64 anni); si conferma, pertanto, un graduale invecchiamento della popolazione. I principali indicatori demografici provinciali e regionali, confrontati con quelli nazionali per l'anno 2021, sono riportati nella tabella seguente.



Anno	% 0-14 anni	% 15-64 Anni	% > 65 anni	Indice strutturale	Indice anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Tasso natalità
2004	16,6	65,9	17,5	51,7	26,8	104,8	39,6	10,3
2005	16,4	65,9	17,7	51,7	27,3	107,8	39,8	10,1
2006	16,2	65,8	18	51,9	27,5	111,1	40,1	10
2007	15,9	65,9	18,2	51,7	27,6	114	40,4	9,8
2008	15,7	66,1	18,2	51,3	27,6	116,6	40,6	9,9
2009	15,5	66,2	18,3	51	27,8	118,5	40,8	9,8
2010	15,3	66,3	18,4	50,9	28	120,2	41	9,5
2011	15,2	66,3	18,5	50,8	28,6	122,2	41,3	9,4
2012	14,9	66,2	18,9	51,1	29,3	127	41,7	9,3
2013	14,8	65,9	19,3	51,7	29,8	131	41,9	8,8
2014	14,6	65,8	19,6	52	30,3	134,2	42,1	8,8
2015	14,5	65,6	19,9	52,3	30,8	137,6	42,4	8,5
2016	14,3	65,5	20,2	52,6	30,8	141,3	42,6	8,2
2017	14,1	65,3	20,6	53	31,5	145,8	43	8,2
2018	14	65,2	20,8	53,4	32	149,3	43,2	8,1
2019	13,8	65	21,2	53,8	32,6	153,7	43,5	8,1
2020	13,6	64,8	21,6	54,4	33,4	159	44,4	7,9
2021	13,4	64,5	22,1	55	34,2	164,3	44,6	7,7

Tabella. Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat – andamento per anno

L'età media della popolazione della Sicilia nel 2021 è di 44,6 anni, gli individui con 65 anni e più rappresentano il 22,1% dell'intera popolazione regionale, i giovani con meno di 15 anni rappresentano il 13,4% e l'indice di vecchiaia è pari a 164,3 anziani per cento giovani. Gli adulti di età compresa tra 15 e 64 anni (età lavorativa) rappresentano il 64,5% della popolazione, con un rapporto di 100 individui in età lavorativa su 34,2 anziani (indice di dipendenza anziani), registrando un valore più basso in Sicilia rispetto al valore nazionale (36,8%). La tabella di seguito riportata evidenzia i medesimi indicatori, fornendo un dettaglio per singola provincia.

Provincia	% 0-14 anni	% 15-64 Anni	% > 65 anni	Indice strutturale	Indice anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Tasso natalità
Agrigento	12,8	64,3	22,9	55,5	35,6	178,3	45,1	7,2
Caltanissetta	13,1	64,9	22	54,1	33,9	167,4	44,6	7,1
Catania	14,3	65,1	20,6	53,5	31,7	144,9	43,7	8,4
Enna	12,1	63,9	24	56,4	37,5	198,1	45,9	6,4
Messina	12,1	63,8	24,1	56,8	37,7	198,6	46,3	6,8
Palermo	14	64,4	21,6	55,3	33,5	153,5	44,2	8,2
Ragusa	14	65,3	20,7	53,1	31,7	148,2	43,8	8,2
Siracusa	13,2	64,6	22,2	54,7	34,4	169,2	44,9	7,5
Trapani	12,5	63,9	23,6	56,5	36,9	188,1	45,5	7,3

Tabella. Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat – vista per provincia

La popolazione della Sicilia per fasce d'età ripercorre in maniera molto simile la composizione della popolazione italiana. Tuttavia, la struttura demografica attuale correlata al declino generalizzato della fecondità anche nel Meridione stanno conducendo ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia.



Area	% 0-14 anni	% 15-64 anni	% > 65 anni	Indice strutturale	Indice anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Tasso natalità
Nord-ovest	12,7	63	24,3	58,7	38,5	191,1	46,4	6,6
Nord-est	12,8	63,3	23,9	58	37,7	186,1	46,3	6,8
Centro	12,5	63,4	24,1	57,8	38,1	193,4	46,6	6,4
Mezzogiorno	13	64,9	22,1	54,2	34,1	169,9	44,9	7,2
Italia	12,8	63,8	23,4	56,8	36,8	183,3	45,9	6,8

**Tabella. Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat – benchmark nazionale**

Dal 2004 in Sicilia si registra un tasso di natalità in costante decremento. In particolare, nel 2021 il tasso di natalità si attesta a 7,7 per mille abitanti contro la media nazionale di 6,8 nati ogni mille abitanti.

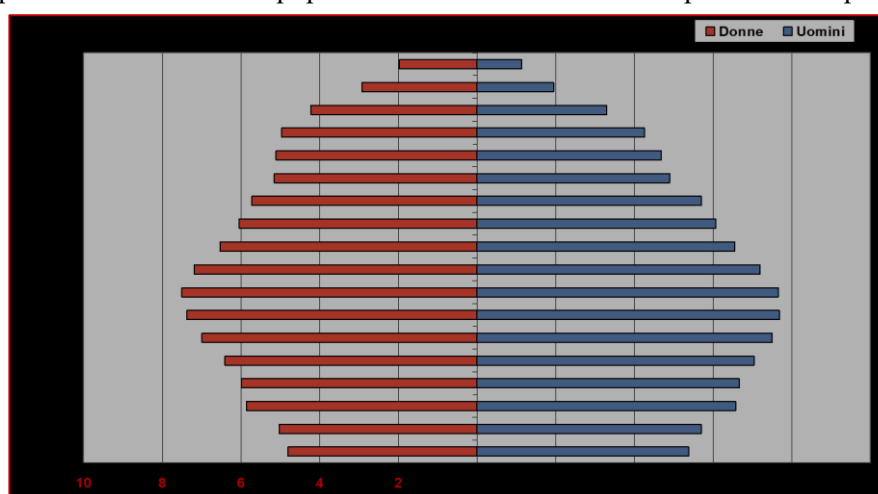
Quanto agli aspetti socio-economici che come noto hanno un consistente effetto sugli esiti di salute e sulla qualità dell'assistenza, l'emergenza sanitaria seguita alla pandemia ha avuto ripercussioni rilevanti sul mercato del lavoro, in particolare sulle componenti più vulnerabili (giovani, donne e stranieri) che già partivano da condizioni occupazionali più difficili.

Il tasso di occupazione della popolazione in età compresa tra 20 e 64 anni in media Italia è sceso al 62,6% (era 63,5% nel 2019). Nonostante il calo abbia riguardato maggiormente il Nord del Paese, più colpito nella prima ondata pandemica del 2020, lo svantaggio del Mezzogiorno rimane elevatissimo, con un tasso di occupazione del 48%, rispetto al 71,5% del Nord e al 67,4% del Centro.

In Sicilia alla fine del 2020 il tasso di disoccupazione è pari al 17,9%, quasi il doppio del valore di riferimento nazionale (9,2%). Si registra un divario ragguardevole tra uomini e donne: il tasso di disoccupazione femminile raggiunge il 20,5%:4,2 punti percentuali in più di quello maschile (16,3%). Nonostante i progressi degli ultimi anni la Sicilia resta però tra le regioni italiane a più basso reddito pro-capite e tra quelle in cui il flusso migratorio assume proporzioni significativamente elevate.

Le figure successive riportano le piramidi delle età della popolazione residente in Sicilia rispettivamente per l'anno 2004 e per l'anno 2020.

Dall'esame delle piramidi dell'età è possibile evidenziare delle modifiche di carattere demografico avvenute nella nostra regione nel corso dell'ultimi decenni. Innanzitutto, si registra un evidente calo demografico determinato dalla riduzione del numero delle nascite e dal progressivo miglioramento dell'aspettativa di vita almeno fino al 2019.



**Figura. Piramide delle età della popolazione residente in Sicilia – anno 2004**

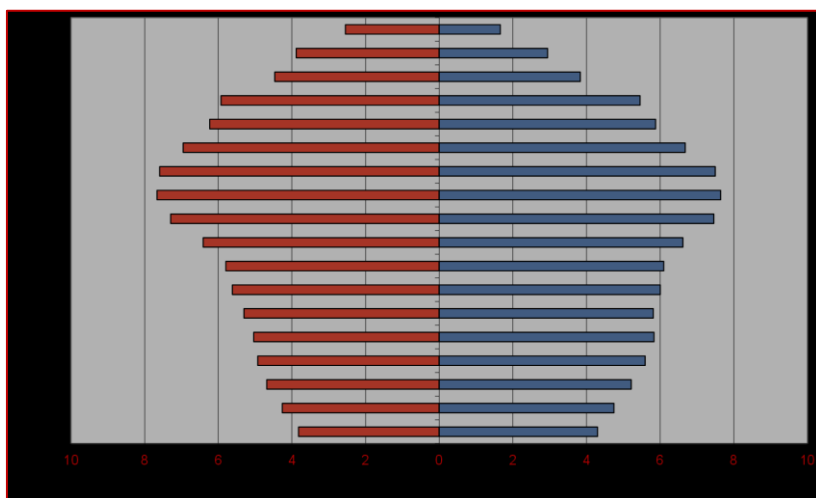


Figura. Piramide delle età della popolazione residente in Sicilia – anno 2020

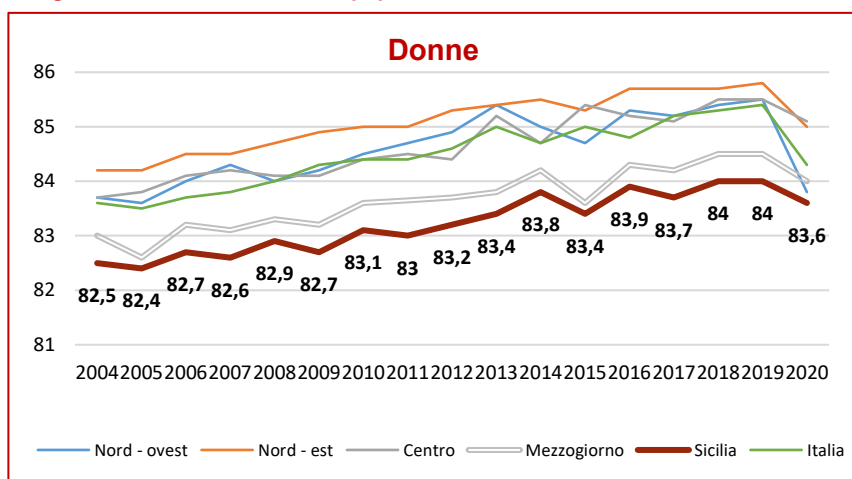


Figura . Andamento della speranza di vita 2004-2020 - Donne

fecondità sta conducendo ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia.

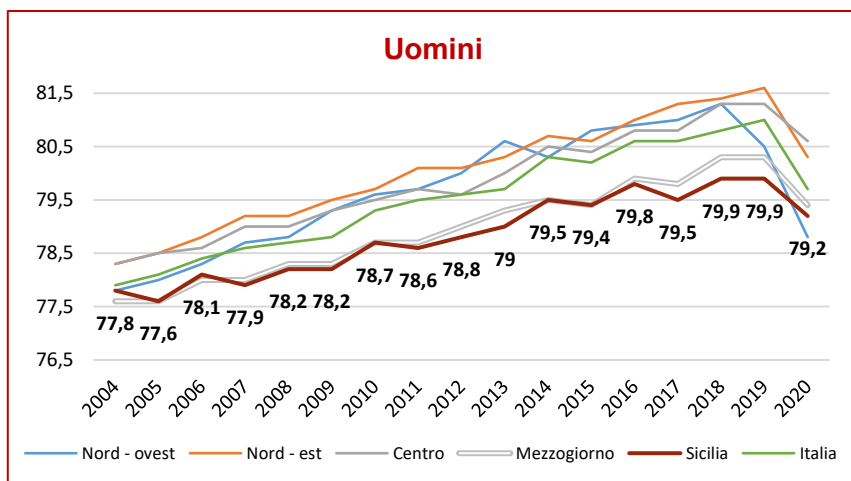


Figura . Andamento della speranza di vita 2004-2020 - Uomini

Nel 2020, infatti, la diffusione della pandemia da Covid-19 e il forte aumento del rischio di mortalità che ne è derivato ha interrotto bruscamente la crescita della speranza di vita alla nascita che aveva caratterizzato il trend fino al 2019.

Per effetto del forte aumento del rischio di mortalità che ha dato luogo a 746 mila decessi (il 18% in più di quelli rilevati nel 2019), la sopravvivenza media nel corso del 2020 appare in decisa contrazione.

La speranza di vita alla nascita, senza distinzione di genere, scende a 82 anni, ben 1,2 anni sotto il livello del 2019. Gli uomini sono più penalizzati: la loro speranza di vita alla nascita scende a 79,7 anni, ossia 1,4 anni in meno dell'anno precedente, mentre per le donne si attesta a 84,4 anni, un anno di sopravvivenza in meno.

Soprattutto in alcune aree del paese particolarmente colpite dalla diffusione del virus, emerge una forte eterogeneità tra i diversi territori, con uno svuotamento, in termini di anni vissuti, più marcato nelle regioni settentrionali (da 83,6 a 82,1 anni attesi), rispetto al Centro (da 83,6 a 83,1) e al Mezzogiorno (da 82,5 a 82,2).

In Sicilia l'aspettativa di vita alla nascita è pari a 79,2 anni tra gli uomini e di 83,6 anni per le donne.

La struttura demografica attuale correlata al declino generalizzato della

fecondità sta conducendo ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia.

Le migrazioni dall'estero degli ultimi anni producono l'effetto di riequilibrare leggermente la struttura per età della popolazione in favore delle classi di età giovanili e degli adulti in età da lavoro.

Tuttavia, secondo le previsioni demografiche dell'ISTAT, è attesa una riduzione della quota di giovani a seguito dell'esaurimento dell'effetto riequilibrante dovuto all'immigrazione di giovani adulti e alla ripresa della natalità negli anni recenti. Pertanto, la struttura della popolazione sarà sempre più sbilanciata verso l'età avanzata e ciò comporterà sfide sempre più complesse per il sistema sociosanitario regionale.

Come si osserva dalla tabella seguente, sulla base dei dati di confronto con il resto del Paese, riferiti alla base dati ISTAT con ultimo aggiornamento disponibile relativo all'anno 2018, il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause in entrambi i sessi risulta più elevato rispetto al valore nazionale (uomini 107,7 vs 100,2 /10.000; donne 76,1 vs 69 /10.000).<sup>1</sup>

Riguardo alle singole cause, valori superiori rispetto al contesto nazionale (evidenziati in grassetto) si riscontrano in entrambi i sessi per il tumore del colon retto, per il diabete, per le malattie del sistema circolatorio con particolare riferimento ai disturbi circolatori dell'encefalo e alle malattie ischemiche del cuore. Per il solo genere maschile valori superiori si osservano per le malattie dell'apparato respiratorio. Per il solo genere femminile, infine, si registrano valori superiori per i traumi e gli avvelenamenti. In Sicilia la mortalità per malattie circolatorie risulta quindi più elevata che nel resto del paese. Tra le principali cause di morte vi sono inoltre il diabete e le malattie respiratorie (specie nel sesso maschile). Anche l'andamento dei ricoveri ospedalieri ed il consumo di farmaci sul territorio riflettono la rilevanza del ricorso alle cure per malattie dell'apparato circolatorio.

La patologia tumorale, pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese, si avvicina o talvolta si sovrappone ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcune specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore della mammella e il tumore del colon retto). Una sfida alla salute viene dagli effetti dell'inquinamento ambientale, non sempre noti e facili da evidenziare specie nelle aree industriali a rischio.

Persistono, ancora oggi, forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardiovascolari, per quanto riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia, diabete e fumo e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi anni.

Tassi di mortalità per causa Sicilia-Italia 2018				
Cause di morte	Tassi stand. x 10.000 Maschi		Tassi stand. x 10.000 Femmine	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
Tumori maligni	31,1	32,6	18,4	19,3
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	1,3	1,8	0,7	0,9
<i>Tumori maligni colon,retto,ano</i>	<b>3,8</b>	3,5	<b>2,3</b>	2,0
<i>Tumori maligni trachea,bronchi,polmoni</i>	7,6	7,7	2,1	2,6
<i>Tumori maligni mammella della donna</i>			3,2	3,2
Diabete mellito	<b>5,1</b>	3,3	<b>4,0</b>	2,4
Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	3,7	4,3	3,1	3,5
Malattie del sistema circolatorio	<b>37,7</b>	32,0	<b>29,8</b>	24,2
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	<b>10,1</b>	7,4	<b>9,1</b>	6,5
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	<b>12,4</b>	11,9	<b>6,1</b>	5,8
Malattie dell'apparato respiratorio	<b>10,3</b>	9,1	4,8	4,9
Malattie dell'apparato digerente	3,5	3,7	2,5	2,5
Cause esterne dei traumi ed avvelenamenti	4,5	4,5	<b>2,4</b>	2,3
<b>Tutte le cause</b>	<b>107,7</b>	100,2	<b>76,1</b>	69,0

Figura . Stime preliminari della mortalità per causa 2018

<sup>1</sup> I dati di mortalità riportati in questo documento derivano dall'elaborazione dei dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) per la sola Sicilia per il periodo 2012-2020 e dalla base dati di mortalità Istat - HFA (ultimo aggiornamento:31dicembre 2018) per i confronti Sicilia-Italia.

La distribuzione per numero assoluto delle grandi categorie secondo codifica ICD IX mostra come la prima causa di morte in Sicilia siano le malattie del sistema circolatorio, che sostengono insieme alla seconda, tumori maligni, più dei 2/3 dei decessi avvenuti nel periodo in esame.

La terza causa negli uomini è rappresentata dalle malattie respiratorie (8,6%) e nelle donne raggruppamento delle malattie metaboliche, endocrine ed immunitarie (6,3%) per la quasi totalità sostenuta dal diabete.

Tale evidenza si conferma passando all'analisi delle sottocategorie in cui le prime due cause in assoluto in entrambi i sessi si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore.

Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono il diabete (5,6%) e il tumore della mammella (3,8%), mentre negli uomini ai tumori dell'apparato respiratorio (7,6%) si aggiungono il diabete (4,8%) e le malattie polmonari croniche ostruttive (4,1%).

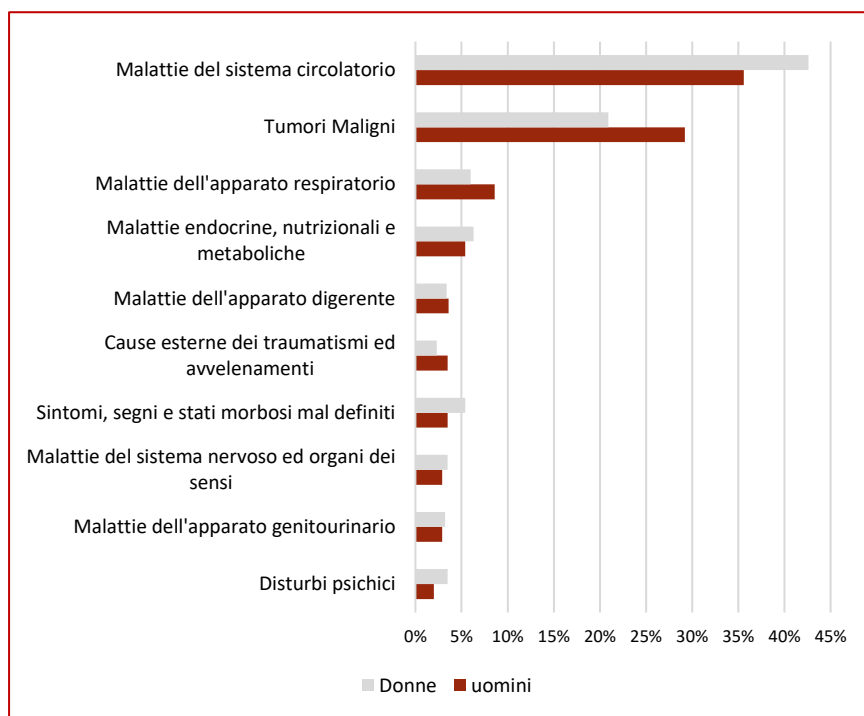


Figura . Macro-cause di mortalità distinte per sesso

Rango	Sottocategorie ICD IX Uomini	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Sottocategorie ICD IX - Donne	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %
1	Malattie ischemiche del cuore	2484	9,9	Disturbi circolatori dell'encefalo	3655	13,9
2	Disturbi circolatori dell'encefalo	2449	9,8	Malattie ischemiche del cuore	1973	7,5
3	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	1891	7,6	Diabete mellito	1472	5,6
4	Diabete mellito	1209	4,8	T. M. della mammella	991	3,8
5	Malattie polmonari croniche ostruttive	1038	4,1	T. M. del Colon Retto	747	2,8
6	T. M. del Colon Retto	882	3,5	Insufficienza renale cronica	615	2,3
7	T. M. della prostata	744	3,0	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	603	2,3
8	T. M. del fegato	572	2,3	Malattie polmonari croniche ostruttive	587	2,2
9	Insufficienza renale cronica	544	2,2	T. M. del pancreas	422	1,6
10	T. M. della vescica	464	1,9	Cadute ed altri infortuni	416	1,6
	Totale prime 10 cause	12277	49,0	Totale prime 10 cause	11481	43,7
	Tutte le cause	25046	100	Tutte le cause	26277	100

Figura . Mortalità per sottocategorie diagnostiche in Sicilia (prime 10 cause)

Un dato di fondamentale importanza nell'analisi dello stato di salute e del fabbisogno della popolazione siciliana è quello riguardante lo spostamento dei cittadini per le cure sanitarie sia all'interno della Regione che in ambito extraregionale, così come riportato nei grafici successivi.

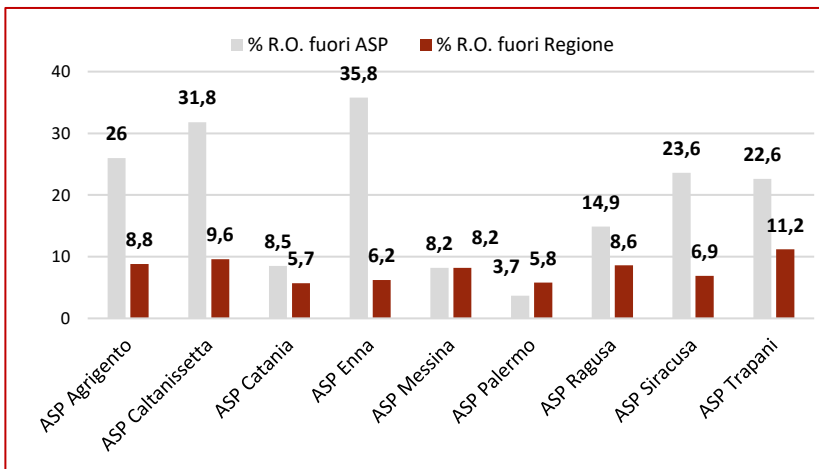


Figura . Mobilità infra ed extraregionale (2018-2020). Uomini

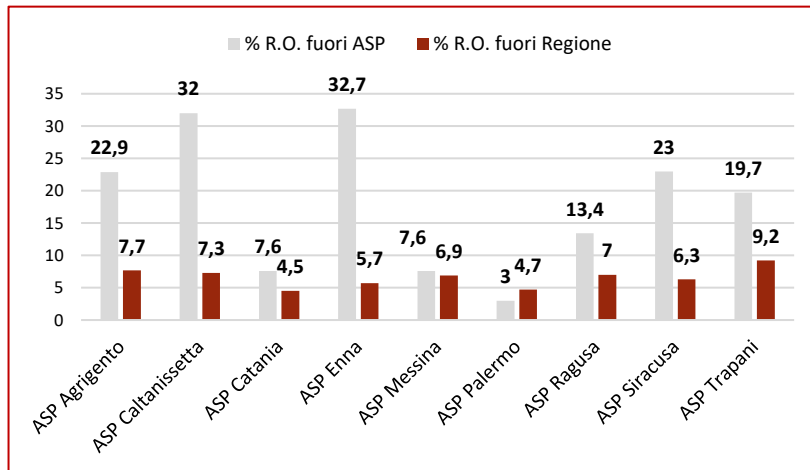


Figura . Mobilità infra ed extraregionale (2018-2020). Donne

Tra gli uomini rilevante è la quota di mobilità passiva fuori dalla provincia di residenza, con valori superiori alla media regionale (13,9%) osservati nelle province di Enna (35,8%) e di Caltanissetta (31,8%). La quota di mobilità passiva extraregionale è elevata nelle province di Trapani (11,2%) e Caltanissetta (9,6%), valori al di sopra del riferimento regionale (7,3%).

Con riferimento alla popolazione femminile, rilevante è la quota di mobilità passiva fuori dalla provincia di residenza nelle province di Enna (32,7%) e di Caltanissetta (32,0%), valori superiori al riferimento regionale (12,6%).

La quota di mobilità passiva extraregionale è elevata nelle province di Trapani (9,2%), Agrigento (7,7%) e Ragusa (7,0%), valori al di sopra della media regionale (6,0%).

## Strumenti di stratificazione dei bisogni di salute

La possibilità di incrociare dati sanitari e sociali permette di sviluppare modelli predittivi che consentono la "stratificazione" della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Tale approccio viene definito Medicina di Popolazione ed ha l'obiettivo di garantire l'assistenza all'utenza di riferimento, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura, "stratificando" appunto tutti i cittadini secondo una scala che tiene conto non solo dei dati sanitari ma anche di quelli sociali, in cui al livello più basso c'è un'assenza di condizioni patologiche note ed una buona tenuta dei determinanti sociali e all'opposto vi sono gravi patologie e/o multimorbidità e determinanti sociali deficitari.

La Regione Sicilia, con la propria Banca Dati Assistibili (BDA) ha nel tempo sviluppato degli algoritmi di conoscenza del profilo epidemiologico della propria popolazione, "incrociando" dati derivati dai flussi informativi. La BDA contiene informazioni sulla residenza e sulla posizione in ambito di assistenza sanitaria, derivate dalla Nuova Anagrafe Regionale (NAR), dall'anagrafe SOGEI (Anagrafe tributaria), e dal Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM), nonché informazioni relative alle prestazioni effettuate, derivate da diverse fonti informative (Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), flusso di prestazioni specialistiche e farmaceutiche, Day Service ecc.).

Il vantaggio di questo strumento consiste, tra l'altro, nella possibilità di analizzare in modo integrato diversi flussi informativi in modo da disporre di un quadro più completo dell'assistito, sia in termini di spesa per le diverse prestazioni sanitarie, che per quanto attiene all'analisi della prevalenza di patologie, derivate attraverso l'utilizzo integrato delle diverse fonti informative.

Un punto critico è costituito dalla necessità di ottenere dati squisitamente sociali per una corretta stratificazione dei pazienti e quindi dal rapporto tra le Aziende sanitarie provinciali e gli enti locali, ai fini di una programmazione regionale e aziendale per gli interventi socio-sanitari.

Il Progetto QSN 2007-2013 obiettivi di servizio "Servizi di cura per gli anziani" ha rafforzato la sinergia tra tutti gli attori coinvolti a livello regionale ai fini della realizzazione del Sistema informativo integrato dei servizi socio-sanitari attraverso l'implementazione e il rafforzamento delle attività del Punto Unico di Accesso (PUA). Relativamente alla presa in carico dei pazienti individuati come soggetti da inserire in gestione integrata secondo piani di cura condivisi, in Sicilia un approccio di "managed care" è stato portato avanti con l'istituzione dei registri dei pazienti cronici, alimentati dalle segnalazioni dei MMG (schede di "start up", che contenevano anche alcuni campi relativi ad aspetti sociali) e dalle schede di dimissione "facilitata" relative a pazienti con DM e SCC, trasmesse ai Distretti per un'attiva presa in carico; lo sportello dei pazienti cronici; gli ambulatori di gestione integrata MMG/specialisti. Tuttavia, la frequente mancanza di un valido supporto informatico che rendesse fluida l'integrazione tra professionisti e lo scambio di dati; la mancata realizzazione di una reale integrazione della specialistica ospedaliera con quella territoriale; la carenza o l'inefficace distribuzione di personale infermieristico, hanno limitato la completa realizzazione del disegno ben delineato nella normativa regionale.

Per realizzare la stratificazione dei pazienti in base a quanto previsto nel DL 34/2020 e ripreso nel DM77/2022, si potrà aderire al sistema nazionale<sup>2</sup>: la stratificazione della popolazione sarà effettuata a livello centrale, giacché il Ministero della Salute raccoglie tutti i flussi informativi ed ha l'autorizzazione a trattare tali dati sensibili, superando così le difficoltà legate al rispetto della privacy imposte dall'autorità garante e permettendo di inserire tempestivamente i dati relativi alla mobilità passiva.

---

<sup>2</sup> Il Ministero della salute, nell'ambito dei compiti di cui all'articolo 47-ter del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 e, in particolare, delle funzioni relative a indirizzi generali e di coordinamento in materia di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie, nonché di programmazione tecnico sanitaria di rilievo nazionale e indirizzo, coordinamento, monitoraggio dell'attività tecnico sanitaria regionale, può trattare, ai sensi dell'articolo 2-sexies, comma 2, lettera v), del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, dati personali, anche relativi alla salute degli assistiti, raccolti nei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, nonché dati reddituali riferiti all'interessato e al suo nucleo familiare per lo sviluppo di metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione, secondo le modalità di cui al decreto del Ministro della salute 7 dicembre 2016, n. 262.

Con decreto del Ministro della salute, avente natura regolamentare, da adottarsi previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, sono individuati i dati personali, anche inerenti alle categorie particolari di dati di cui all'articolo 9 del Regolamento UE 2016/679, che possono essere trattati, le operazioni eseguibili, le modalità di acquisizione dei dati dai sistemi informativi dei soggetti che li detengono e le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti degli interessati, nonché i tempi di conservazione dei dati trattati.

D'altra parte, gli algoritmi sviluppati nell'ambito del progetto BDA potranno essere utilizzati dalle aziende sanitarie, titolari del dato sanitario, per una programmazione locale, in collaborazione con i comuni per i dati relativi ai determinanti sociali. Questo è stato già sperimentato nell'Azienda provinciale di Palermo per i pazienti con scompenso cardiaco.

La stratificazione permetterà una prima selezione dei pazienti. E' evidente che la presa in carico della popolazione non potrà avvenire se non per step successivi, identificando inizialmente categorie prioritarie di soggetti (ad esempio pazienti con complessità clinica rilevante o con fattori di rischio elevati pur in assenza di patologia conclamata, per i quali un intervento precoce permette di ridurre la possibilità di comparsa di malattia) e poi estendendo la presa in carico alle altre categorie.

	<b>Classificazione del bisogno di salute</b>	<b>Condizione clinica/sociale</b>	<b>Bisogno/intensità assistenziale</b>	<b>Azioni (presa in carico derivante)</b>
<b>Stratificazione del rischio</b>	<b>I Livello</b> Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	<b>II livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
	<b>III livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	<b>IV livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socioassistenziali con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	<b>V livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	<b>VI livello</b> Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

Figura . Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Schematicamente il processo per la stratificazione della popolazione e la risposta ai bisogni di salute si può descrivere come di seguito:

- stratificazione della popolazione;
- comunicazione e aggiornamento degli elenchi ai MMG/PLS;
- chiamata attiva dei soggetti appartenenti alle categorie prioritarie;
- presa in carico da parte del distretto e stadiazione – per soggetti con patologia - da parte degli specialisti;
- elaborazione del Progetto di Salute, meglio specificato di seguito;
- monitoraggio e follow up attivo gestito dal case manager.

Elemento chiave del percorso è la definizione del Progetto di Salute (PdS), "evoluzione" del Piano di cura previsto nel Piano della Cronicità, che già nella denominazione riflette un approccio olistico alla salute dei cittadini, effettuata



sulla valutazione del livello del bisogno socio-assistenziale individuato dal processo di stratificazione e quindi affinato utilizzando informazioni più dettagliate sulla condizione clinica (staging) e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali in coerenza con Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) specifici per patologia o – laddove elaborati - per multimorbilità.

Il Progetto di Salute è composto da vari elementi relativi a controlli clinici, terapie, monitoraggi, accessi a servizi e piano di autocura. È indispensabile che tali Piani siano gestiti in modo “digitalizzato” da parte di tutti gli attori coinvolti (sanitari, caregiver e pazienti stessi), ciascuno per la propria parte, con la supervisione del case manager, individuato in linea generale nell’Infermiere di famiglia e comunità.

Uno degli aspetti più critici nella gestione delle cronicità è la necessità di garantire che gli interventi programmati - e definiti nel Progetto di salute - vengano poi effettivamente realizzati, per consentire un buon controllo dei fattori di rischio, un rallentamento nella progressione della patologia e la riduzione delle complicanze e delle ospedalizzazioni. Per ridurre il fenomeno della “perdita” del paziente è necessario quindi un approccio proattivo, realizzato attraverso frequenti contatti, il monitoraggio da remoto, gli alert in caso di scostamento da quanto programmato, una costante opera di empowerment del soggetto e del caregiver, un efficace e attento controllo degli indicatori relativi alle attività effettuate da tutti gli attori del sistema. In linea con la necessità di rimodulare l’offerta al bisogno di salute evidenziato dalla stratificazione della popolazione, la Regione Siciliana ha già sperimentato, nel corso degli ultimi anni, un modello per l’adeguamento dell’offerta di specialistica ambulatoriale mediante stima del fabbisogno di prestazioni specialistiche.

Tale valutazione è alquanto complessa: il limite maggiore per una programmazione è la mancanza di standard di riferimento a livello nazionale sui volumi attesi e su appropriati livelli di utilizzo per tutte le branche specialistiche e tutte le prestazioni. Un altro limite è rappresentato dalla difficoltà, allo stato attuale, di quantificare l’out of pocket, cioè quella quota di bisogno di prestazioni soddisfatto dal privato non contrattualizzato con il SSR, che non è monitorabile da flussi standardizzati: questo, specificamente per alcune branche (quali ad esempio l’odontoiatria o l’oculistica, in specie per le prestazioni di chirurgia) rappresenta un elemento quantitativamente rilevante. Ulteriore elemento è la difficoltà nel garantire la massima appropriatezza delle prescrizioni e la più corretta attribuzione delle classi di priorità, parzialmente ridotta dalla presenza di percorsi assistenziali regionali condivisi (Diabete, BPCO, etc) e da meccanismi di controllo introdotti negli anni (verifica dell’appropriatezza delle prestazioni radiologiche da parte dello specialista o sistema dei RAO- Raggruppamenti di Attesa Omogenea per priorità clinica).

Come già sopra riportato, non da ultimo va considerato il vincolo definito dell’art. 15, comma 4, del decreto-legge n. 95/2012, convertito con modifiche con legge n. 135/20123, relativo al meccanismo di attribuzione del budget per le prestazioni di specialistica da privato, che ha condizionato negli ultimi anni la composizione dell’offerta nel territorio regionale.

La conseguenza di questa complessità e la carenza di regole omogenee di programmazione, hanno fatto sì che in ogni contesto provinciale, nel tempo e sulla base della vision aziendale, si siano consolidati quadri di offerta differenziati sia in termini assoluti di prestazioni, sia in termini di differenziazione dell’offerta tra pubblico e privato, setting territoriale e ospedaliero, aree urbane e periferiche.

È quindi necessario un approfondimento per ciascuna branca che tenga conto di un ampio numero di fattori, al fine di pervenire alla definizione di strategie che, pur senza stravolgere l’attuale quadro di offerta, permettano di rispondere in modo più equo ed appropriato alle necessità dei cittadini.

Il modello sopra citato per la stima del fabbisogno di prestazioni, già applicato sperimentalmente in Sicilia per alcune branche (odontoiatria, oculistica, fisiochinesiterapia), si basa sull’analisi congiunta di una molteplicità di fattori. In prima istanza, è effettuata un’analisi dei dati storici relativi all’attività specialistica ambulatoriale (pubblica e convenzionata esterna) riferiti ad un arco temporale almeno triennale. L’esame dei flussi informativi regionali consente la definizione di alcuni indicatori rappresentativi dell’offerta sanitaria esistente (es. distribuzione offerta tra province, tempi di attesa, mobilità intra-regionale) che vanno messi in relazione con specifiche variabili demografiche e con alcuni fattori epidemiologici propri di ciascuna branca (es. patologie croniche).

---

3 *«A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014»*



La sintesi delle diverse dimensioni di analisi abilita la predisposizione di scenari alternativi secondo assunzioni metodologiche diverse per l'individuazione prospettica del fabbisogno di specialistica ambulatoriale per singola branca specialistica e/o leva strategica di intervento regionale. Sono altresì considerate le disposizioni normative e regolamentari di settore (es. LEA) e alcune esperienze regionali in materia (es. Veneto, Abruzzo, Lombardia).

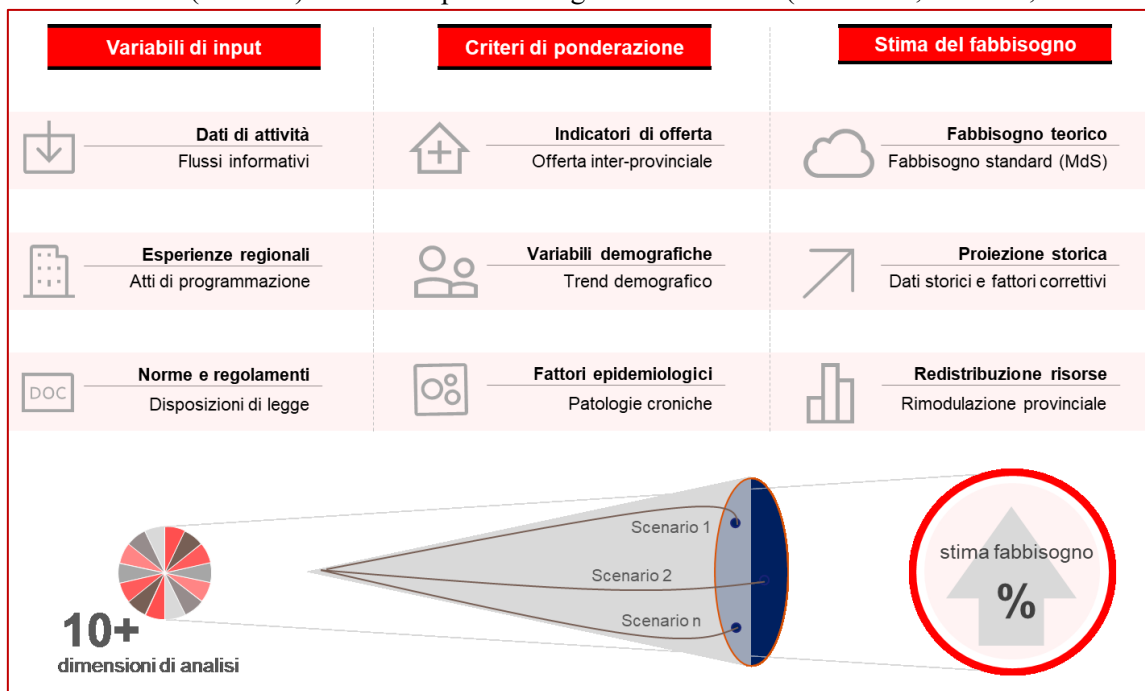


Figura . Modello per la stima del fabbisogno di prestazioni

La stima del fabbisogno – come già sottolineato – è condizione essenziale per una riprogrammazione dell'offerta e, per quel che concerne il privato accreditato e contrattualizzato, per una rimodulazione del budget tra le branche e tra le province, fermo restando il vincolo del tetto di risorse da assegnare complessivamente alle prestazioni da privato determinate dalla L.95/2012.

Per molti anni l'attribuzione del budget è stata calcolata sul criterio della "storicità", assegnando cioè alle Aziende sanitarie provinciali l'aggregato dell'anno precedente, che veniva poi utilizzato per la contrattualizzazione delle strutture, cui veniva sostanzialmente assegnato il medesimo budget dell'anno precedente e questo in modo relativamente indipendente dai fabbisogni e anche dai consumi.

Recenti determinazioni della giustizia amministrativa, in particolare la sentenza del T.A.R. Sicilia n. 2967 del 22 dicembre 2020, emessa in accoglimento del ricorso promosso dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato "[...] il parametro del costo storico deve essere dismesso in sede programmatoria, in favore di altri criteri, necessariamente articolati e molteplici, che consentano di tenere conto della quantità e qualità delle prestazioni offerte nonché delle dotazioni, materiali ed organizzative, delle strutture sanitarie, con particolare riferimento alla tutela della posizione degli operatori nuovi entranti, nonché al soddisfacimento dei nuovi bisogni di cura [...]", hanno di fatto indirizzato la Regione a modificare radicalmente la modalità di attribuzione del budget alle strutture private accreditate e contrattualizzate.

Così, a partire dalla determinazione degli aggregati di spesa del 2022 e 2023 (D.A. 366/2022 e successivi) si sono introdotti nuovi criteri legati fondamentalmente alla stima del fabbisogno attraverso l'analisi dei consumi da privato per singolo distretto, nonché ad altri elementi legati alla dotazione tecnologica o di personale delle strutture eroganti le prestazioni.

## Modelli organizzativi

La rete di assistenza sanitaria della Regione Siciliana vede sul territorio la presenza di 9 aziende sanitarie provinciali e 9 aziende ospedaliere, con riferimento alle quali si propone una vista di sintesi delle strutture ospedaliere e ambulatoriali territoriali eroganti prestazioni nel territorio regionale, oltre che degli erogatori privati che erogano prestazioni ambulatoriali in regime di convenzione con il SSN<sup>4</sup>.

Provincia	Distretti i sanitari	STRUTTURE			
		Presidi Ospedalieri	Ambulatori territoriali	Aziende Ospedaliere	Privati convenzionati
Agrigento	7	4	14	-	188
Caltanissetta	4	6	9	-	44
Catania	9	7	14	3	188
Enna	4	4	14	-	27
Messina	8	7	11	3	135
Palermo	11	7	33	3	296
Ragusa	3	5	13	-	35
Siracusa	4	7	11	-	102
Trapani	5	7	11	-	95
<b>TOTALE</b>	<b>55</b>	<b>54</b>	<b>119</b>	<b>9</b>	<b>1.110</b>

Tabella. Quadro di sintesi strutture di erogazione

Per dare una visione del quadro generale della rete di offerta erogata alle strutture pubbliche e private afferenti al SSN si presenta a seguire una interpretazione grafica della distribuzione, per provincia e distretto sanitario, delle strutture presenti nel territorio della regione Sicilia.

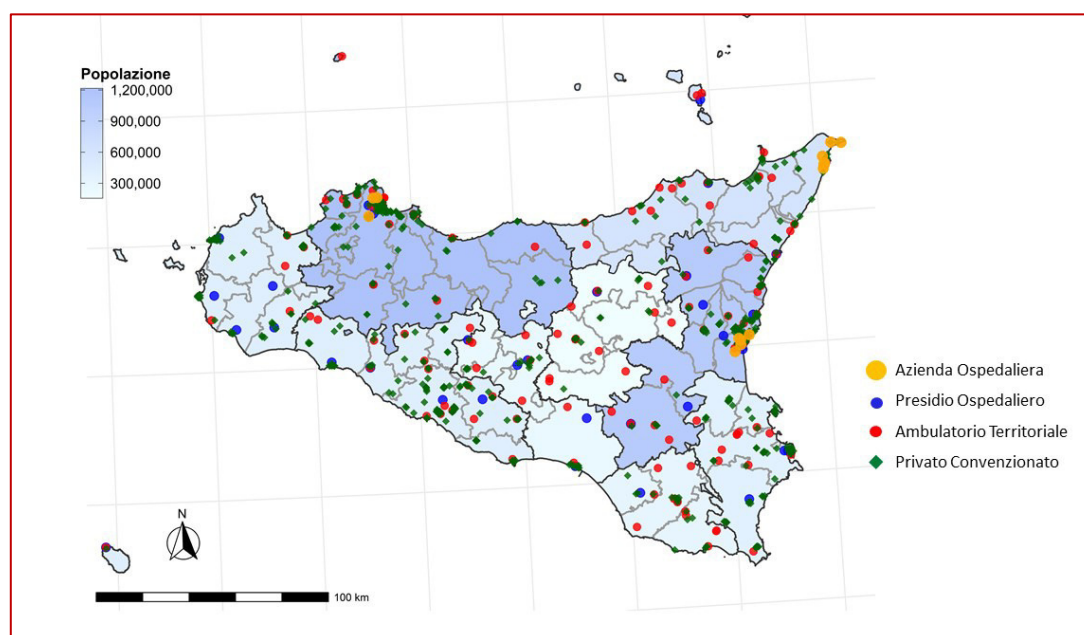


Figura . Distribuzione territoriale delle strutture di erogazione

<sup>4</sup> Fonte: Modello di rilevazione statistica NSIS STS.11 alla data del 31 dicembre 2020.



L'analisi del ventaglio di offerta e di consumo tra le diverse branche specialistiche mostra notevoli disomogeneità sul territorio con conseguenti difficoltà nella definizione di uno standard di fabbisogno unico e trasversale per le diverse branche. La disomogeneità dell'offerta è frutto di una incompleta analisi del fabbisogno ed impone una rimodulazione della programmazione. Per quel che riguarda le strutture private e contrattualizzate, ha pesato anche il tetto invalicabile imposto dalla normativa per l'acquisto di prestazioni da privato.

## L'Offerta ante operam

### L'organizzazione del Servizio sanitario regionale

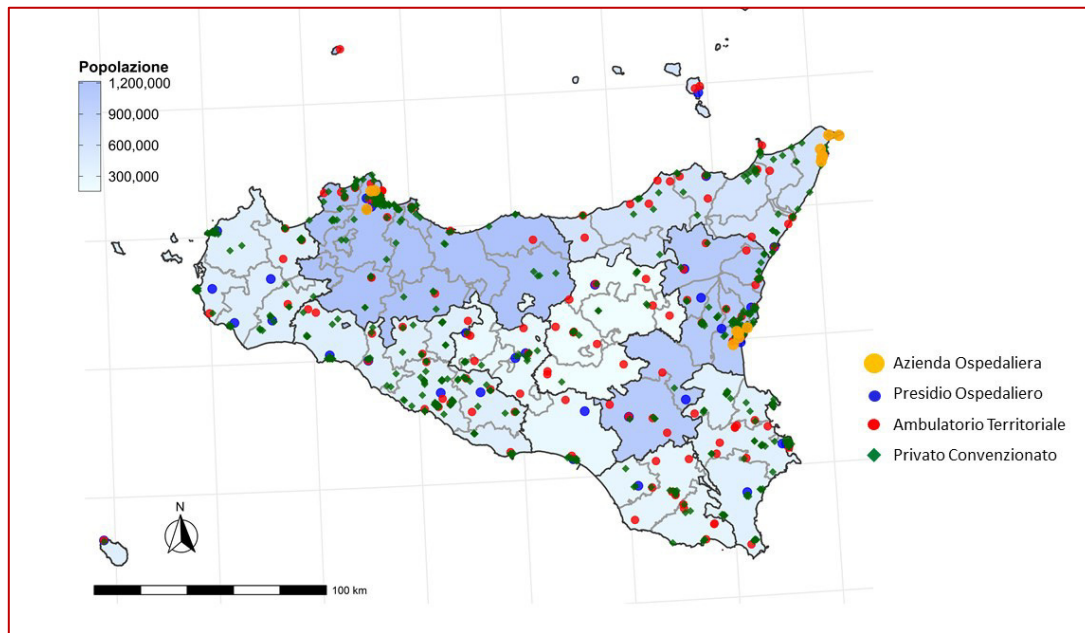
La rete di assistenza sanitaria della Regione Siciliana vede sul territorio la presenza di 9 aziende sanitarie provinciali e 9 aziende ospedaliere, con riferimento alle quali si propone una vista di sintesi delle strutture ospedaliere e ambulatoriali territoriali eroganti prestazioni nel territorio regionale, oltre che degli erogatori privati che erogano prestazioni ambulatoriali in regime di convenzione con il SSN<sup>5</sup>.

Provincia	Distretti i sanitari	STRUTTURE			
		Presidi Ospedalieri	Ambulatori territoriali	Aziende Ospedaliere	Privati convenzionati
Agrigento	7	4	14	-	188
Caltanissetta	4	6	9	-	44
Catania	9	7	14	3	188
Enna	4	4	14	-	27
Messina	8	7	11	3	135
Palermo	11	7	33	3	296
Ragusa	3	5	13	-	35
Siracusa	4	7	11	-	102
Trapani	5	7	11	-	95
<b>TOTALE</b>	<b>55</b>	<b>54</b>	<b>119</b>	<b>9</b>	<b>1.110</b>

**Tabella. Quadro di sintesi strutture di erogazione**

Per dare una visione del quadro generale della rete di offerta erogata alle strutture pubbliche e private afferenti al SSN si presenta a seguire una interpretazione grafica della distribuzione, per provincia e distretto sanitario, delle strutture presenti nel territorio della regione Sicilia.

<sup>5</sup> Fonte: Modello di rilevazione statistica NSIS STS.11 alla data del 31 dicembre 2020.



**Figura . Distribuzione territoriale delle strutture di erogazione**

L'analisi del ventaglio di offerta e di consumo tra le diverse branche specialistiche mostra notevoli disomogeneità sul territorio con conseguenti difficoltà nella definizione di uno standard di fabbisogno unico e trasversale per le diverse branche. La disomogeneità dell'offerta è frutto di una incompleta analisi del fabbisogno ed impone una rimodulazione della programmazione. Per quel che riguarda le strutture private e contrattualizzate, ha pesato anche il tetto invalicabile imposto dalla normativa per l'acquisto di prestazioni da privato.



## Il patrimonio immobiliare

La rappresentazione dell'offerta ante operam, da un punto di vista strutturale ed impiantistico offre un quadro del patrimonio immobiliare sanitario regionale che, pur con alcune criticità (restano da completare gli adeguamenti normativi in materia di prevenzione incendi in ragione della programmazione prevista dalla normativa vigente), è per lo più rispondente alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, nonché a quella sulla sicurezza e igiene degli ambienti di lavoro.

Il patrimonio mostra anche per le strutture più datate un sufficiente stato di conservazione dovuto sostanzialmente sia ad interventi di progressiva ristrutturazione e riqualificazione sia alla manutenzione straordinaria e programmata.

Permane, tuttavia, un elemento di criticità per le strutture ospedaliere esistenti nella città metropolitana di Palermo, in quanto gli interventi necessari al fine di permettere una maggiore funzionalità degli spazi in relazione alle progressive modificazioni dell'offerta delle prestazioni sanitarie, determinerebbero risorse cospicue, ragion per cui è necessaria la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri rifunzionalizzando le strutture esistenti.

## Gli obiettivi e la coerenza interna del Programma

### Gli obiettivi del Programma

Sulla base delle indicazioni strategiche riscontrabili nel Piano sociale e sanitario 2017-2019 e definiti i bisogni sanitari, si è potuto delineare il contesto sociosanitario regionale e quindi giungere all'identificazione degli obiettivi del Programma.

Ulteriore elemento di cui ci si è avvalsi nel processo di identificazione degli obiettivi del Programma, è stato il criterio di priorità di attuazione degli interventi.

Il criterio di priorità ha trovato un costante riferimento oltre che nel richiamato Piano sociale e sanitario anche nella programmazione triennale dei piani di investimento che le Aziende sanitarie devono predisporre per rispondere ai bisogni sanitari locali.

Gli obiettivi del Programma possono essere sinteticamente declinati con una logica "a catena" in:

- obiettivo generale, richiamante il principio ispiratore fondamentale; di fatto l'architrave sulla quale si sviluppa il Programma;
- obiettivi specifici, relazionati alle macroaree dei bisogni; danno conto del soddisfacimento dei bisogni rilevati a livello locale;
- obiettivi operativi, ovvero la realizzazione degli interventi progettuali previsti nel Programma, che diventano strumenti concreti per la veicolazione dell'offerta sanitaria finalizzata alla risposta dei bisogni delle comunità locali.



## La catena degli obiettivi

### Obiettivo generale

Obiettivo generale di questo Programma è contribuire all'attuazione del Piano sociale e sanitario regionale attraverso il mantenimento e il miglioramento di un Servizio sanitario regionale che deve essere al contempo universale nelle garanzie e locale nella capacità di soddisfare le aspettative e le preferenze dei singoli e delle comunità.

### Obiettivi specifici

L'obiettivo generale sopra richiamato riassume gli obiettivi specifici che con questo Programma si intendono raggiungere. Gli obiettivi specifici fanno riferimento a macroaree del Programma che, in ragione della similarità e della prevalenza tipologica, raggruppano più interventi.

Gli obiettivi specifici che con l'attuazione del Programma si intendono raggiungere sono:

- l'implementazione dell'offerta di cure primarie attraverso la realizzazione di nuove case della salute;
- l'implementazione dell'offerta di cure palliative attraverso la realizzazione di due nuovi Hospice;
- interventi per il completamento e l'adeguamento funzionale e normativo di alcune strutture ospedaliere esistenti;
- l'integrazione/sostituzione delle tecnologie biomediche per garantire ai cittadini/pazienti diagnosi e cure più efficienti e sicure;
- l'implementazione/ammodernamento tecnologie informatiche.





## Obiettivi operativi

Gli obiettivi operativi sono il prodotto sia dell'analisi di contesto che evidenzia i bisogni sanitari e socio-sanitari sia della strategia adottata per rispondere a tali bisogni in coerenza con l'obiettivo generale.

Il prospetto seguente raggruppa per obiettivo specifico, secondo il criterio della prevalenza, gli obiettivi operativi del Programma allo scopo di evidenziarne la logica a catena che li lega tra loro.

*Tabella - interventi raggruppati per obiettivo specifico prevalente*

N.	Azienda	Titolo Intervento	Obiettivo Specifico
1	A.R.N.A.S. Palermo	Realizzazione del nuovo ospedale pediatrico di eccellenza	Realizzazione Nuovo ospedale
2	A.R.N.A.S. Palermo	Realizzazione del nuovo ospedale Civico di Palermo	
3	A.O.U. Policlinico Palermo	Realizzazione del nuovo Policlinico di Palermo	
4	A.OO.R. Villa Sofia-Cervello	Realizzazione del nuovo ospedale Palermo Nord	
5	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	Riqualficazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo	Ristrutturazione presidio ospedaliero



## L'Offerta post operam

La realizzazione degli interventi previsti dal Programma contribuirà alla modifica dell'offerta sanitaria e sociosanitaria completandone e migliorandone alcuni aspetti.

In particolare, a seguito della realizzazione degli interventi previsti dal Programma si avrà, in relazione agli obiettivi specifici richiamati al paragrafo "La catena degli obiettivi":

- migliore offerta ospedaliera ambulatoriale specialistica, in una logica di migliorare sempre più il trattamento acuzie e post-acuzie;
- adeguamento delle strutture sanitarie alle norme di prevenzione incendi e miglioramento rispetto alle nuove norme di prevenzione sismica. Con questi interventi si continua a perseguire l'obiettivo di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie in condizioni di sicurezza riducendo progressivamente il disallineamento con la normativa vigente;
- ammodernamento tecnologico finalizzato a qualificare ulteriormente le performance aziendali: l'ammodernamento delle apparecchiature sanitarie volto al miglioramento dell'assistenza in termini di sicurezza ed efficienza dei processi diagnostico-terapeutici;
- ammodernamento dei sistemi e delle apparecchiature informatiche volto a migliorare i livelli di sicurezza e di usabilità dei sistemi informatizzati, a limitare il rischio clinico (individuazione del paziente, gestione del diario clinico, somministrazione farmaceutica assistita, ecc.), a supportare la gestione dei percorsi assistenziali fra strutture ospedaliere e territoriali, nonché a semplificare l'accesso dei cittadini ai servizi;



## Gli aspetti strutturali

Gli interventi che rilevano sul patrimonio del servizio sanitario regionale dal punto di vista strutturale sono 5; in particolare 4 saranno nuove realizzazioni e 1 ristrutturazione/rifunzionalizzazione con riqualificazione dell'offerta sanitaria.

Le nuove costruzioni saranno realizzate nel rispetto della normativa vigente in materia di prevenzione incendi e di prevenzione sismica.

Le strutture oggetto di ristrutturazione saranno adeguate alla normativa in materia di prevenzione incendi e saranno oggetto di:

- verifica di vulnerabilità sismica qualora siano “opere di interesse strategico o opere strutturali la cui funzionalità durante gli eventi sismici assume rilievo fondamentale per le finalità di protezione civile o edifici ed opere infrastrutturali che possono assumere rilevanza in relazione alle conseguenze di un eventuale collasso”, ai sensi della Legge. N .228/2012, art. 1 comma 421 e della circolare del Dipartimento di Protezione Civile del 4/11/2010;
- verifica tecnica di sicurezza, ai sensi delle Norme Tecniche per le Costruzioni, DM gennaio 2018, paragrafo 8.4, qualora non rientrino tra le opere sopra richiamate. In base agli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica o della verifica tecnica di sicurezza le opere saranno migliorate sismicamente al livello minimo previsto dalla normativa vigente o qualora possibile adeguate.



## Coerenza interna della strategia

Dall'osservazione degli obiettivi operativi del programma e della conseguente offerta post operam, è possibile individuare le relazioni di complementarità tra le priorità che hanno portato alla definizione degli interventi del Programma.

L'analisi evidenzia come i criteri di priorità e i criteri di complementarità hanno definito un Programma che, attraverso la declinazione degli obiettivi specifici, assicura l'equilibrio degli interventi sull'area ospedaliera tra l'area metropolitana di Palermo ed il resto della Regione, trovando i seguenti fattori comuni:

- nella presa in carico del paziente;
- nella garanzia della continuità assistenziale;
- nell'ammodernamento tecnologico, inteso nell'accezione più ampia, ossia apparecchiature sanitarie, ma anche tecnologie informatiche a supporto del sistema informativo per il governo clinico;
- nel miglioramento strutturale, nella rifunzionalizzazione degli spazi di alcune strutture ospedaliere migliorandone sia la sicurezza che il confort.

Il risultato conseguito può essere valutato sia sotto il profilo dell'apporto degli interventi raggruppati in obiettivi specifici al fine del raggiungimento dell'obiettivo generale, sia in termini propriamente quantitativi di incidenza percentuale del singolo intervento sull'importo finanziario complessivo del Programma.

I fattori comuni e le equilibrate relazioni di complementarità del fabbisogno finanziario sono i punti di forza di questo Programma, accanto ai quali però vi sono anche punti di debolezza.

La logica della pianificazione ex ante, attraverso lo strumento del confronto dialettico con le Aziende del SSR, ha permesso l'individuazione di alcuni possibili punti di debolezza. Tuttavia, essendo questi conosciuti, possono essere opportunamente monitorati durante la fase attuativa del Programma.

In tal modo sarà possibile contenere le situazioni di criticità.

La metodologia SWOT (strengths-weakness-opportunities-threats), rappresentata nel prospetto sotto riportato, ha consentito di effettuare l'analisi di rischio per il Programma.



Tabella - Analisi punti di forza, punti di debolezza, opportunità e rischi del Programma

	<b>S. Forza</b>	<b>W. Debolezza</b>
<b>Interni</b>	<p>Coerenza del Programma con la normativa nazionale e regionale di riferimento.</p> <p>Rispondenza del Programma ai bisogni rilevati nei contesti locali.</p>	<p>Programma con interventi di importo alto, che comporta:</p> <p>a) un impatto significativo sulla struttura dell'offerta;</p> <p>b) aumento delle procedure amministrative per le Aziende Sanitarie, per la Regione e per il Ministero della Salute.</p>
	<b>O. Opportunità</b>	<b>T. Rischi</b>
<b>esterni</b>	<p>Perseguire gli obiettivi di presa in carico del paziente con percorsi specifici per intensità di cura.</p> <p>Accrescere l'appropriatezza degli accessi ai Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri.</p> <p>Migliorare gli esami diagnostici in termini di maggiore efficienza e sicurezza per il paziente.</p> <p>Migliorare integrazione fra servizi ospedalieri e territoriali</p>	<p>in relazione al finanziamento degli interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Possibile aumento delle criticità nelle procedure di affidamento;</li><li>- Possibile aumento del contenzioso con le imprese nella fase realizzativa</li></ul>



## La coerenza esterna del Programma

Nei successivi paragrafi si verifica come le linee di intervento previste dal presente Programma si inquadrino negli indirizzi dettati dalle politiche nazionali e regionali.

### La coerenza del Programma con le politiche nazionali e regionali

Le indicazioni normative nazionali e regionali di riferimento rispetto alle quali si esamina la coerenza del programma sono rappresentate dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 e s.m.i sugli standard relativi all'assistenza ospedaliera.

### La coerenza con gli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale e regionale

L'accordo di programma proposto riscontra la sua coerenza con il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", le cui indicazioni sono state recepite e dato loro seguito attraverso decreti assessoriali.

In particolare, a dimostrazione di quanto affermato, si richiamano i seguenti contenuti:

- l'assetto organizzativo delle strutture sanitarie basato sulla definizione di un sistema di relazioni formali e sostanziali che regolano il funzionamento del modello hub-spoke e lo connettono con le funzioni territoriali, in linea con gli interventi di realizzazione di moderne strutture ospedaliere, il conseguente potenziamento delle tecnologie biomediche e informatiche previste per ogni intervento;
- l'innalzamento degli standard tecnologici e di accoglienza delle strutture ospedaliere, nonché il miglioramento continuo dell'integrazione delle attività svolte all'interno di ciascuna struttura, con gli interventi di adeguamento funzionale e normativo, che proseguono il percorso di razionalizzazione degli spazi e dei percorsi fisici e organizzativi per l'erogazione dei servizi sanitari.

Va inoltre richiamato che questo programma di interventi è coerente con gli indirizzi normativi nazionali in materia di prevenzione incendi e di miglioramento e adeguamento sismico: ogni intervento strutturale ed impiantistico rispetterà i requisiti cogenti definiti dalla normativa.



## La sostenibilità degli interventi

Gli interventi previsti nel Programma sono stati oggetto di una complessiva verifica di sostenibilità. La metodologia usata ha previsto il coinvolgimento delle Aziende del SSR con le quali sono state analiticamente effettuate verifiche sulla:

- sostenibilità economico-finanziaria
- sostenibilità amministrativa e gestionale
- sostenibilità 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.

## La 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.

Con gli elementi di contesto sopraelencati, la sostenibilità gestionale si correla fortemente con le politiche di sviluppo delle risorse umane per garantire una corretta programmazione delle risorse che serviranno sia alla gestione dell'offerta sanitaria post operam, sia nella conduzione delle nuove tecnologie.

## La 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 (ri)qualificare il personale.

La sostenibilità della politica di gestione e sviluppo delle risorse umane, a livello di Servizio sanitario regionale, che pone come obiettivo per le Aziende sanitarie ed ospedaliere l'impegno a mantenere tendenzialmente costante 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 quali-quantitativa dell'offerta ospedaliera.

## La sostenibilità ambientale

L'insieme degli interventi di questo Programma si inseriscono in un contesto che vede la sostenibilità ambientale quale elemento importante per la programmazione delle politiche per la salute.

L'Assessorato della Salute ha fatto proprio il concetto di sviluppo sostenibile stabilendo gli indirizzi e gli obiettivi assegnanti alle Aziende sanitarie ed ospedaliere in materia di sostenibilità ambientale ed uso razionale dell'energia.



Date queste premesse, la sostenibilità ambientale degli interventi inseriti nel Programma, da un punto di vista più strettamente 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 nel modo seguente:

- preferenza all'uso di materiali ecocompatibili per la realizzazione degli interventi;
- riduzione della quantità dei rifiuti pericolosi prodotti con la realizzazione dei nuovi interventi migliorandone nel contempo la gestione;
- contestualizzazione dei singoli interventi nel piano della mobilità aziendale allo scopo del contenimento dell'impatto ambientale e del miglioramento dell'accessibilità per le persone con ridotte capacità motorie;
- 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 che porterà alla sua classificazione come "Edificio a energia quasi zero" (NZEB);
- produzione di almeno il 50% del fabbisogno annuo di energia primaria richiesta per la produzione di acqua calda sanitaria con l'utilizzo di fonti di energia rinnovabile;
- applicazione di misure tecniche e di procedure organizzative per il contenimento dei consumi idrici.





## L'attuazione del Programma: risultati attesi e valutazione degli impatti

I seguenti paragrafi illustrano gli indicatori individuati per monitorare l'efficacia degli interventi proposti e l'efficienza della loro pianificazione.

### Il sistema degli indicatori

Il sistema di indicatori di seguito proposto ha la finalità di rappresentare il Programma nella sua complessiva compiutezza: dalla fase di individuazione dei bisogni di salute da soddisfare con gli interventi programmati, alla fase realizzativa degli interventi stessi, agli obiettivi raggiunti in termini di efficacia ed efficienza.

La fase realizzativa degli interventi viene monitorata attraverso indicatori di processo che misurano costantemente l'avanzamento del Programma.

Infine, la rappresentazione del raggiungimento degli obiettivi viene illustrata in termini di indicatori di efficacia ed efficienza.

### Gli indicatori di contesto

Gli indicatori di contesto forniscono, in forma sintetica, informazioni sulla popolazione della Regione Siciliana in relazione a:

- distribuzione geografica e struttura compositiva della popolazione;
- principali determinati di decesso.

Alcuni indicatori di contesto atti a caratterizzare la popolazione siciliana sono rappresentati in Tabella seguente .

Provincia	Numero comuni	Popolazione	Superficie in Km <sup>q</sup>	Densità abitanti per Km <sup>q</sup>
Agrigento	43	419.847	3.053	138
Caltanissetta	22	252.803	2.138	118
Catania	58	1.066.765	3.574	299
Enna	20	158.183	2.575	61
Messina	108	609.223	3.266	187
Palermo	82	1.214.291	5.009	242
Ragusa	12	314.950	1.624	194
Siracusa	21	386.451	2.124	182
Trapani	25	418.363	2.470	169
<b>TOTALE</b>	<b>391</b>	<b>4.840.876</b>	<b>25.832</b>	<b>187</b>

Tabella. Popolazione e suddivisione amministrativa su base dati Istat

La composizione per classi di età della popolazione siciliana racconta di una popolazione demograficamente matura, con una popolazione adulta che, nel corso degli ultimi anni, è andata aumentando in proporzione alle altre due fasce di riferimento (0-14 anni e 15-64 anni); si conferma, pertanto, un graduale invecchiamento della



popolazione. I principali indicatori demografici provinciali e regionali, confrontati con quelli nazionali per l'anno 2021, sono riportati nella tabella seguente.

Anno	% 0-14 anni	% 15-64 Anni	% > 65 anni	Indice strutturale	Indice anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Tasso natalità
2004	16,6	65,9	17,5	51,7	26,8	104,8	39,6	10,3
2005	16,4	65,9	17,7	51,7	27,3	107,8	39,8	10,1
2006	16,2	65,8	18	51,9	27,5	111,1	40,1	10
2007	15,9	65,9	18,2	51,7	27,6	114	40,4	9,8
2008	15,7	66,1	18,2	51,3	27,6	116,6	40,6	9,9
2009	15,5	66,2	18,3	51	27,8	118,5	40,8	9,8
2010	15,3	66,3	18,4	50,9	28	120,2	41	9,5
2011	15,2	66,3	18,5	50,8	28,6	122,2	41,3	9,4
2012	14,9	66,2	18,9	51,1	29,3	127	41,7	9,3
2013	14,8	65,9	19,3	51,7	29,8	131	41,9	8,8
2014	14,6	65,8	19,6	52	30,3	134,2	42,1	8,8
2015	14,5	65,6	19,9	52,3	30,8	137,6	42,4	8,5
2016	14,3	65,5	20,2	52,6	30,8	141,3	42,6	8,2
2017	14,1	65,3	20,6	53	31,5	145,8	43	8,2
2018	14	65,2	20,8	53,4	32	149,3	43,2	8,1
2019	13,8	65	21,2	53,8	32,6	153,7	43,5	8,1
2020	13,6	64,8	21,6	54,4	33,4	159	44,4	7,9
2021	13,4	64,5	22,1	55	34,2	164,3	44,6	7,7

**Tabella. Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat – andamento per anno**

L'età media della popolazione della Sicilia nel 2021 è di 44,6 anni, gli individui con 65 anni e più rappresentano il 22,1% dell'intera popolazione regionale, i giovani con meno di 15 anni rappresentano il 13,4% e l'indice di vecchiaia è pari a 164,3 anziani per cento giovani. Gli adulti di età compresa tra 15 e 64 anni (età lavorativa) rappresentano il 64,5% della popolazione, con un rapporto di 100 individui in età lavorativa su 34,2 anziani (indice di dipendenza anziani), registrando un valore più basso in Sicilia rispetto al valore nazionale (36,8%). La tabella di seguito riportata evidenzia i medesimi indicatori, fornendo un dettaglio per singola provincia.

Provincia	% 0-14 anni	% 15-64 Anni	% > 65 anni	Indice strutturale	Indice anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Tasso natalità
Agrigento	12,8	64,3	22,9	55,5	35,6	178,3	45,1	7,2
Caltanissetta	13,1	64,9	22	54,1	33,9	167,4	44,6	7,1
Catania	14,3	65,1	20,6	53,5	31,7	144,9	43,7	8,4
Enna	12,1	63,9	24	56,4	37,5	198,1	45,9	6,4
Messina	12,1	63,8	24,1	56,8	37,7	198,6	46,3	6,8
Palermo	14	64,4	21,6	55,3	33,5	153,5	44,2	8,2
Ragusa	14	65,3	20,7	53,1	31,7	148,2	43,8	8,2
Siracusa	13,2	64,6	22,2	54,7	34,4	169,2	44,9	7,5
Trapani	12,5	63,9	23,6	56,5	36,9	188,1	45,5	7,3

**Tabella. Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat – vista per provincia**



La popolazione della Sicilia per fasce d'età ripercorre in maniera molto simile la composizione della popolazione italiana. Tuttavia, la struttura demografica attuale correlata al declino generalizzato della fecondità anche nel Meridione stanno conducendo ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia.

Area	% 0-14 anni	% 15-64 anni	% > 65 anni	Indice strutturale	Indice anziani	Indice di vecchiaia	di Età media	Tasso natalità
Nord-ovest	12,7	63	24,3	58,7	38,5	191,1	46,4	6,6
Nord-est	12,8	63,3	23,9	58	37,7	186,1	46,3	6,8
Centro	12,5	63,4	24,1	57,8	38,1	193,4	46,6	6,4
Mezzogiorno	13	64,9	22,1	54,2	34,1	169,9	44,9	7,2
Italia	12,8	63,8	23,4	56,8	36,8	183,3	45,9	6,8

Tabella. Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat – benchmark nazionale

Pertanto, la struttura della popolazione sarà sempre più sbilanciata verso l'età avanzata e ciò comporterà sfide sempre più complesse per il sistema sociosanitario regionale.

Come si osserva dalla tabella seguente, sulla base dei dati di confronto con il resto del Paese, riferiti alla base dati ISTAT con ultimo aggiornamento disponibile relativo all'anno 2018, il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause in entrambi i sessi risulta più elevato rispetto al valore nazionale (uomini 107,7 vs 100,2 /10.000; donne 76,1 vs 69 /10.000).<sup>6</sup>

Riguardo alle singole cause, valori superiori rispetto al contesto nazionale (evidenziati in grassetto) si riscontrano in entrambi i sessi per il tumore del colon retto, per il diabete, per le malattie del sistema circolatorio con particolare riferimento ai disturbi circolatori dell'encefalo e alle malattie ischemiche del cuore. Per il solo genere maschile valori superiori si osservano per le malattie dell'apparato respiratorio. Per il solo genere femminile, infine, si registrano valori superiori per i traumatismi e gli avvelenamenti.

In Sicilia la mortalità per malattie circolatorie risulta quindi più elevata che nel resto del paese. Tra le principali cause di morte vi sono inoltre il diabete e le malattie respiratorie (specie nel sesso maschile). Anche l'andamento dei ricoveri ospedalieri ed il consumo di farmaci sul territorio riflettono la rilevanza del ricorso alle cure per malattie dell'apparato circolatorio.

La patologia tumorale, pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese, si avvicina o talvolta si sovrappone

Tassi di mortalità per causa Sicilia-Italia 2018				
Cause di morte	Tassi stand. x 10.000 Maschi		Tassi stand. x 10.000 Femmine	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
Tumori maligni	<b>31,1</b>	32,6	18,4	19,3
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	1,3	1,8	0,7	0,9
<i>Tumori maligni colon,retto,ano</i>	<b>3,8</b>	3,5	<b>2,3</b>	2,0
<i>Tumori maligni trachea,bronchi,polmoni</i>	7,6	7,7	2,1	2,6
<i>Tumori maligni mammella della donna</i>			3,2	3,2
Diabete mellito	<b>5,1</b>	3,3	<b>4,0</b>	2,4
Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	3,7	4,3	3,1	3,5
Malattie del sistema circolatorio	<b>37,7</b>	32,0	<b>29,8</b>	24,2
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	<b>10,1</b>	7,4	<b>9,1</b>	6,5
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	<b>12,4</b>	11,9	<b>6,1</b>	5,8
Malattie dell'apparato respiratorio	<b>10,3</b>	9,1	4,8	4,9
Malattie dell'apparato digerente	3,5	3,7	2,5	2,5
Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	4,5	4,5	<b>2,4</b>	2,3
<b>Tutte le cause</b>	<b>107,7</b>	100,2	<b>76,1</b>	69,0

Figura . Stime preliminari della mortalità per causa 2018

<sup>6</sup> I dati di mortalità riportati in questo documento derivano dall'elaborazione dei dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) per la sola Sicilia per il periodo 2012-2020 e dalla base dati di mortalità Istat - HFA (ultimo aggiornamento:31 dicembre 2018) per i confronti Sicilia-Italia.

ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcune specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore della mammella e il tumore del colon retto). Una sfida alla salute viene dagli effetti dell'inquinamento ambientale, non sempre noti e facili da evidenziare specie nelle aree industriali a rischio.

Persistono, ancora oggi, forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardio-vascolari, per quanto riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia, diabete e fumo e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi anni.

La distribuzione per numero assoluto delle grandi categorie secondo codifica ICD IX mostra come la prima causa di morte in Sicilia siano le malattie del sistema circolatorio, che sostengono insieme alla seconda, i tumori maligni, più dei 2/3 dei decessi avvenuti nel periodo in esame.

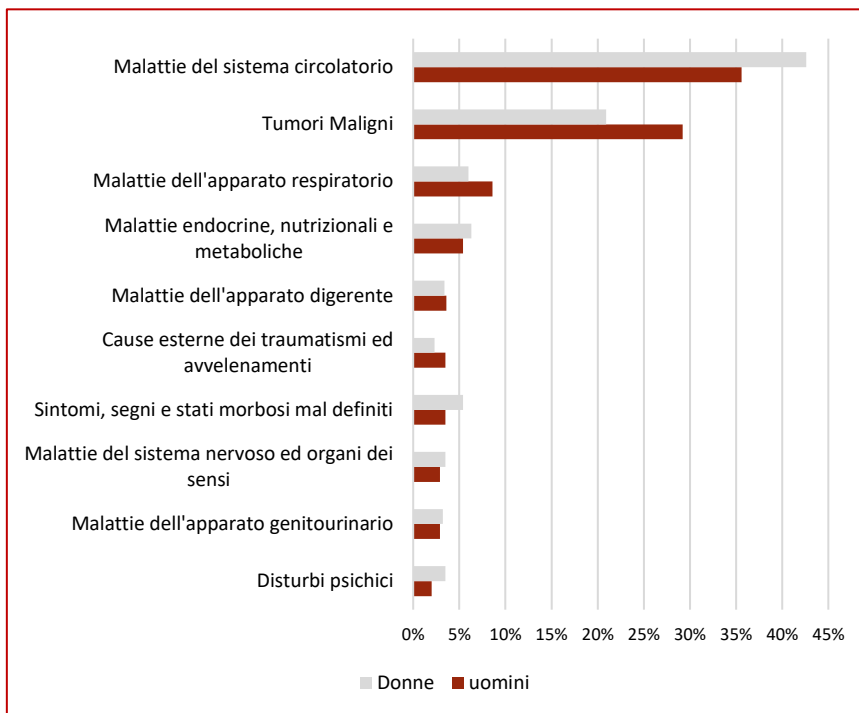


Figura . Macro-cause di mortalità distinte per sesso

La terza causa negli uomini è rappresentata dalle malattie respiratorie (8,6%) e nelle donne dal raggruppamento delle malattie metaboliche, endocrine ed immunitarie (6,3%) per la quasi totalità sostenuta dal diabete.

Tale evidenza si conferma passando all'analisi delle sottocategorie in cui le prime due cause in assoluto in entrambi i sessi si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore.

Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono il diabete (5,6%) e il tumore della mammella (3,8%), mentre negli uomini ai tumori dell'apparato respiratorio (7,6%) si aggiungono il diabete (4,8%) e le malattie polmonari croniche ostruttive (4,1%).

Rango	Sottocategorie ICD IX Uomini	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Sottocategorie ICD IX - Donne	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %
1	Malattie ischemiche del cuore	2484	9,9	Disturbi circolatori dell'encefalo	3655	13,9
2	Disturbi circolatori dell'encefalo	2449	9,8	Malattie ischemiche del cuore	1973	7,5
3	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	1891	7,6	Diabete mellito	1472	5,6
4	Diabete mellito	1209	4,8	T. M. della mammella	991	3,8
5	Malattie polmonari croniche ostruttive	1038	4,1	T. M. del Colon Retto	747	2,8
6	T. M. del Colon Retto	882	3,5	Insufficienza renale cronica	615	2,3
7	T. M. della prostata	744	3,0	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	603	2,3
8	T. M. del fegato	572	2,3	Malattie polmonari croniche ostruttive	587	2,2
9	Insufficienza renale cronica	544	2,2	T. M. del pancreas	422	1,6
10	T. M. della vescica	464	1,9	Cadute ed altri infortuni	416	1,6
	Totale prime 10 cause	12277	49,0	Totale prime 10 cause	11481	43,7
	Tutte le cause	25046	100	Tutte le cause	26277	100

Figura . Mortalità per sottocategorie diagnostiche in Sicilia (prime 10 cause)



## Gli indicatori di programma

Lo stato di avanzamento degli interventi del Programma viene controllato attraverso il monitoraggio e l'elaborazione dei dati relativi agli interventi del Programma.

I dati relativi ai tempi di attuazione dei singoli interventi del programma si suddividono in:

- dati di programma fase di avanzamento
- data atto regionale ammissione a finanziamento
- data decreto ministeriale ammissione a finanziamento
- data notifica decreto finanziamento
- data aggiudicazione lavori
- dati di programma fase di realizzazione
- data inizio lavori
- data fine lavori
- data attivazione struttura

## Gli indicatori di efficienza ed efficacia

Gli indicatori di efficacia ed efficienza, quali derivati degli indicatori di contesto e di programma, hanno intrinsecamente un'alea dovuta sostanzialmente alla complessità della pianificazione e programmazione sanitaria rispetto le quali interferiscono anche fattori politici, economici e sociali.

### Indicatori di efficienza

l'indicatore di efficienza misura i tempi di realizzazione degli obiettivi operativi del Programma, ossia il rapporto tra i tempi attesi e quelli effettivi:

- indicatore di attivazione ( $I_{att}$ ), misura l'efficienza del processo realizzativo degli interventi rispetto quanto stabilito in sede di programmazione.

Questo indicatore può essere espresso sinteticamente dalla seguente formula:

$$I_{att} = \frac{1}{n} * \sum_{i=1}^n \frac{t_{piano(i)}}{t_{oss(i)}} \geq 0,7$$

$I_{att}$  = Indicatore di attivazione

$t_{piano(i)}$  = Tempo di realizzazione del singolo intervento (progettazione+ gara+ esecuzione+ collaudo ed attivazione) previsto nel presente documento programmatico

$t_{oss}$  = Tempo di realizzazione del singolo intervento (progettazione+ gara+ esecuzione+ collaudo ed attivazione) osservato

Il tempo di realizzazione previsto per le singole fasi di ciascun intervento (progettazione+ gara+ esecuzione+ collaudo ed attivazione) è specificato nelle "Schede tecniche interventi progettuali".

L'obiettivo del presente programma è quello di rispettare i tempi della pianificazione per almeno il 70% ( $I_{att} \geq 0,7$ ).

Ai fini del calcolo dell'indicatore, i tempi previsti per ciascuno step di realizzazione degli interventi sono calcolati dalla firma dell'Accordo di programma, al netto dei tempi amministrativi per la predisposizione del decreto ministeriale di ammissione a finanziamento.

## Indicatori di efficacia

Gli indicatori di efficacia che si intendono adottare per questo Programma stimano gli effetti ottenuti in relazione agli interventi che saranno realizzati per gli obiettivi specifici della proposta di Accordo di Programma.

In particolare, gli indicatori di efficacia sono finalizzati a rappresentare i costi di realizzazione degli interventi e gli outcome di tipo sanitario.

- indicatore di accreditamento ( $I_{acc}$ ), dà conto dell'accREDITamento dell'intervento sotto i vari profili (strutturale, impiantistico, tecnologico ed organizzativo). Questo indicatore può essere espresso sinteticamente dalla seguente formula:

$$I_{acc} = \frac{\text{Interventi accreditati (n)}}{\text{Interventi accreditabili (n)}} = 1$$

$I_{acc}$	=	Indicatore di accreditamento: tutti gli interventi previsti devono essere accreditati
Interventi accreditati (n)	=	Numero degli interventi previsti nel presente programma accreditati secondo quanto previsto dalla legge regionale in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie
Interventi accreditabili (n)	=	Numero degli interventi previsti nel presente programma che possono essere accreditati secondo quanto previsto dalla legge regionale in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie



## Schede tecniche interventi progettuali





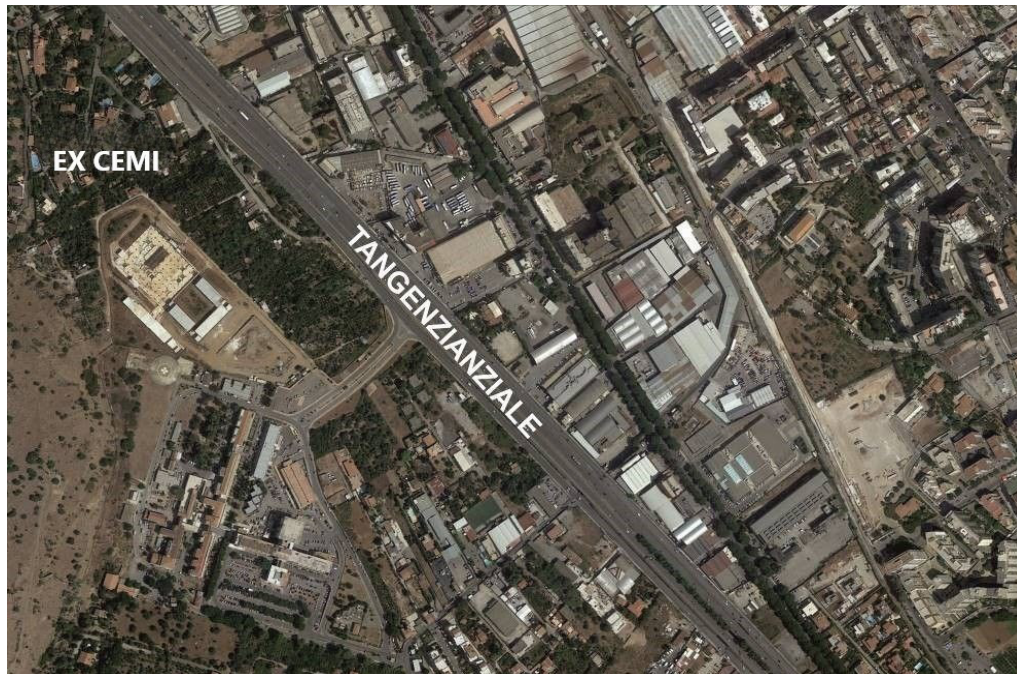
## **INTERVENTO N. 1**

### **Costruzione dell'Ospedale Pediatrico di Eccellenza di Palermo**

**Art. 20 legge 67/88**

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Civico"  
90127 PALERMO C.F./P.IVA n. 05841770828

L'ospedale pediatrico di eccellenza (ex CEMI) è situato in un'area di proprietà dell'Azienda Civico, "fondo Malatacca" collocato tra l'area dell'ospedale Cervello e la tangenziale della città di Palermo.



L'ARNAS Civico Benfratelli Di Cristina, a seguito della rimodulazione dell'Accordo di Programma Relativo agli interventi afferenti il piano poliennale di finanziamenti ex art. 71 L. 448/9, avvenuto con deliberazione di G.R.G. n. 168 del 29/5/02 e n. 417 del 17/12/02 determinava di pervenire alla realizzazione dell'intervento di cui si tratta utilizzando, quale procedura di gara, quella dell'appalto integrato da progetto definitivo, giusta atto deliberativo n. 584 del 18/03/2005.

Il progetto definitivo veniva approvato dalla Commissione Regionale Lavori Pubblici presso l'Assessorato Regionale Lavori Pubblici, in Conferenza di Servizi, in data 18/5/2006 con parere n. 63.

Con atto deliberativo n. 1981 del 30/11/06 veniva approvato il progetto definitivo generale e di quello stralcio, rimodulando gli importi per il progetto generale ad € 61.057.879,04 e per il progetto stralcio ad € 53.894.123,13; che veniva con D.D.G. n. 9309 del 18/12/2006 per € 53.894.123,13 di cui € 51.316.551,93 sui fondi ex art 71 e € 2.583.244,07 a carico della "Fondazione Michele Gerbasi";

Con atto deliberativo n. 106 del 16/02/2007 veniva indetto appalto integrato, ponendo a base di gara il progetto definitivo, per la realizzazione dell'intervento di cui si tratta e con deliberazione n. 733 del 24/7/08 venivano approvati gli atti di gara aggiudicando definitivamente l'affidamento dei lavori di cui si tratta all'ATI CIR Costruzioni S.p.A. – Consorzio Stabile Busi per un importo complessivo di € 24.079.138,14 al netto del ribasso d'asta del 37,50 % oltre oneri per la progettazione e sicurezza non soggetti a ribasso d'asta, e oltre oneri fiscali.

La ditta aggiudicataria presentava il progetto esecutivo che veniva approvato in linea tecnica dal RUP con relazione del 18/5/2010 ed in linea amministrativa con atto deliberativo n. 1932 del 29/11/2010. Il quadro economico veniva approvato in diminuzione rispetto al quadro economico approvato dal RUP in quanto, a seguito degli adempimenti previsti dall'art. 23 della L.R. 5/09 la fondazione Gerbasi veniva posta in liquidazione, per cui non era più in condizione di garantire la quota di € 2.583.244,07, inizialmente a suo a carico. Pertanto veniva emesso un nuovo Decreto di finanziamento per complessivi € 51.316.551,93 (D.D.G. n. 1234 del 01/07/2011).

La consegna dei lavori all'ATI CIR Costruzioni S.p.A. – Consorzio Stabile Busi avveniva in data 02/02/2011. La CIR Costruzioni S.p.A. In data 11/05/2011 comunicava che in seguito all'attuazione di un piano di risanamento del proprio Gruppo Aziendale, i lavori di cui si tratta venivano, tra gli altri, fatti oggetto di un contratto di affitto di ramo d'azienda e successiva cessione, stipulato tra la medesima CIR Costruzioni S.p.A. e l'Impresa Lungarini S.p.A. di Fano (PU);

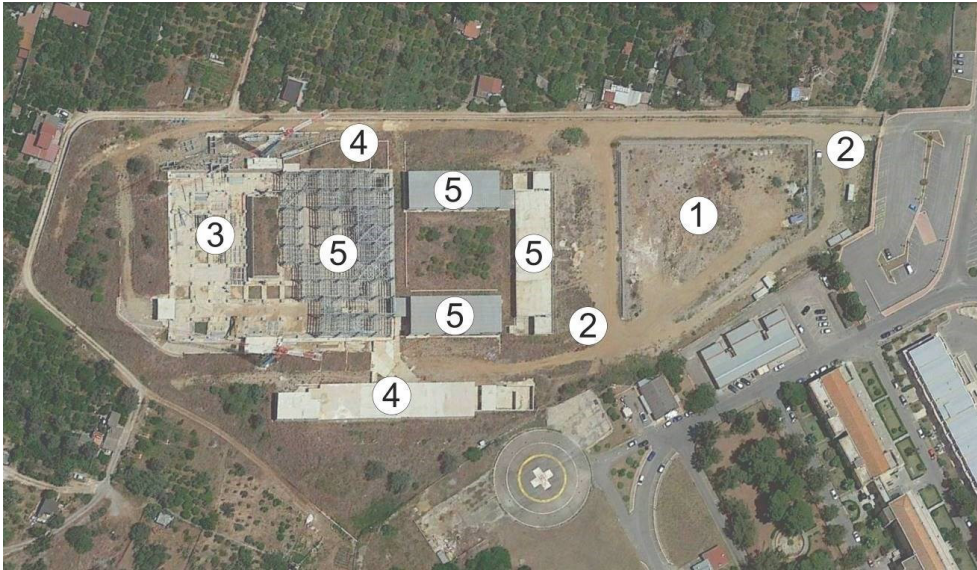
Nel corso dell'appalto venivano emessi dall'Assessorato della Salute due decreti assessoriali che modificavano la rete ospedaliera siciliana incidendo anche sulle attività specialistiche di interesse pediatrico tali da necessitare una revisione integrale delle scelte progettuali dell'appalto in corso, e precisamente il D.A. n° 40/14 del 17/1/2014 ed il D.A. n. 2153/2014 del 15 dicembre 2014, per tale motivo venivano redatte due perizie di variante e suppletive; la prima approvata con atto deliberativo n. 477 del 06/11/2014 e la seconda presentata dalla direzione dei Lavori nell'ottobre del 2015. Detta perizia veniva predisposta di livello definitivo generale in quanto di importo superiore a quello del finanziamento disponibile, sulla quale sono stati acquisiti i pareri preventivi da parte dell'ASP, VVFF Genio Civile da sottoporre alla Commissione Regionale Lavori Pubblici per l'approvazione, contestualmente veniva disposto dal RUP di redigere una variante stralcio entro il limite del finanziamento.

In data 05/4/2017 con nota prot. n. 6121 veniva richiesta la convocazione del Commissione Regionale dei Lavori Pubblici per l'esame del progetto generale in variante e in data 05/07/2017 con nota prot. 12121 si chiedeva l'annullamento della stessa convocazione e la contestuale restituzione del progetto in conseguenza dell'emanazione di un ulteriore Decreto dell'Assessorato alla Salute del 31/03/2017 pubblicato sulla GURS del 14/04/2017 con il quale veniva nuovamente modificata la programmazione dei posti letto della rete ospedaliera;

Con sentenza n.52/2017 del 7.11.2017 il Tribunale di Pesaro dichiarava il fallimento della Lungarini s.p.a. A seguito del fallimento dell'impresa esecutrice dell'appalto l'ARNAS si determinava ad avviare la procedura di interpello mediante lo scorrimento della graduatoria. Detta procedura aveva esito negativo, per cui con atto deliberativo n. 946 del 04/12/2019 si prendeva atto dell'esito negativo e si stabiliva di procedere, per realizzare l'opera di cui si tratta, mediante appalto ex novo.

Alla luce delle intervenute modifiche di legge previste dal D.lgs. 76/2020 convertito in legge 11 settembre 2020 n. 120, art. 5 comma con note Pec del 09/12/2021 veniva riattivata la riapertura dell'interpello, anche detta procedura ha avuto esito negativo.

Tenuto conto che l'opera era stata approvata, a suo tempo, con il prezario regionale 2004, al fine di riappaltare l'opera per il completamento è stato necessario proceder ad aggiornare parametricamente il quadro economico. Il progetto di completamento Al momento del fallimento risultava eseguita, gran parte della sistemazione esterna con i corpi tecnici in C.A., le strutture dei corpi A, B1, B2, C (parzialmente) e le fondazioni del corpo D, e precisamente: (Si veda foto satellitare seguente).



1. Parcheggio, raggiunta la messa in quota quasi definitiva. Resta da eseguire la messa in quota finale, i servizi a rete, la pavimentazione ed il verde.
2. Viabilità raggiunte le livellette di progetto. Da eseguire: la fondazione stradale, i servizi a rete e la pavimentazione.
3. Fondazioni completamente eseguite, inclusi gli smorzatori sismici.
4. Opere in c.a. interamente realizzati tutti i muri di protezione/contenimento e tutti i corpi tecnici. Mancano da eseguire solo poche opere residuali.
5. Carpenterie metalliche interamente realizzati i corpi "A" "B1" "B2" e parzialmente il corpo "C" (in totale si è oggi ad un avanzamento di circa il 55%, restano interamente da realizzare le carpenterie del corpo "D").

Al momento sono state sostenute spese per € 10.120.545,91 fra lavori realizzati e competenze tecniche, per cui sul finanziamento iniziale di € 51.316.551,93 restano disponibili € 41.196.006,92.



## Progetto di completamento

Il progetto di completamento conferma l'impostazione del progetto originario, ma tiene conto della nuova programmazione sanitaria della Regione Sicilia. Infatti la Rete Ospedaliera Siciliana di cui al D.A. 22 del 11 gennaio 2019 prevede per le specialità pediatriche in capo all'ARNAS 196 posti letto complessivi. Detti posti letto, al momento della realizzazione dell'opera di cui si tratta verranno così distribuiti:

NUOVO EDIFICIO Ospedale Pediatrico di Eccellenza (EX CEMI) n. 150 posti letto

### QUOTA 04,50

<b>ONCOEMATOLOGIA Pediatrica</b>	<b>16 POSTI</b>
<b>PRONTO SOCCORSO OBI</b>	<b>10 POSTI</b>
<b>TOTALE POSTI A QUOTA 4,50</b>	<b>26 POSTI</b>

### QUOTA 09,00

<b>NEURO PSICHIATRIA</b>	<b>4 POSTI</b>
<b>NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA</b>	<b>4 POSTI</b>
<b>NEFROLOGIA PEDIATRICA</b>	<b>8 POSTI</b>
<b>PEDIATRIA GENERALE</b>	<b>19 POSTI</b>
<b>MALATTIE INFETTIVE</b>	<b>16 POSTI</b>
<b>TOTALE POSTI A QUOTA 9,00</b>	<b>51 POSTI</b>

### QUOTA 13,20

<b>CHIRURGIA PEDIATRICA</b>	<b>18 POSTI</b>
<b>UROLOGIA PEDIATRICA</b>	<b>02 POSTI</b>
<b>ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA )</b>	<b>06 POSTI</b>
<b>PEDIATRIA</b>	<b>07 POSTI</b>
<b>TOTALE POSTI A QUOTA 13,20</b>	<b>33 POSTI</b>

### Quota 17,40

<b>RIANIMAZIONE</b>	<b>16 POSTI</b>
<b>CARDIOCHIRURGIA</b>	<b>12 POSTI</b>
<b>CARDIOLOGIA</b>	<b>10 POSTI</b>
<b>GRANDI USTIONI PEDIATRICHE</b>	<b>02 POSTI</b>
<b>TOTALE POSTI A QUOTA 17,40</b>	<b>40 POSTI</b>

**TOTALE POSTI 150 di cui 26 di pediatria e 10 OBI**



## **P.O. Di CRISTINA n. 46 posti letto**

<b>Pronto soccorso</b>	<b>con relativi posti tecnici</b>	
<b>Pediatria</b>	<b>38</b>	
<b>Neuropsichiatria</b>	<b>8</b>	
<b>TOTALE POSTI</b>	<b>46</b>	<b>di cui 38 di pediatria</b>

TOTALE POSTI RETE OSPEDALIERA N. 196 D.A. 22 del 11/01/2019

La logica del progetto è quella di destinare il nuovo edificio ai pazienti che necessitano di alta e media intensità di cura, mentre l'Ospedale dei Bambini (Di Cristina) rimane destinato ai pazienti necessitanti di media/bassa intensità di cura e ai lungodegenti. Ancora, gli spazi dell'Ospedale dei Bambini saranno destinati ad attività poliambulatoriali ed alla interazione con il territorio. Le funzioni sanitarie dei due presidi saranno tra loro complementari.

Entrambi i due presidi si trovano in prossimità della tangenziale di Palermo. Fisicamente essi sono posti ad una distanza di 10,4 km tra loro, di cui 8 km sono di percorrenza in tangenziale e 2,4 km di viabilità urbana. In termini di tempo, essendo la tangenziale dotata di corsie preferenziali, ipotizzando una velocità media di 70 km/h il tempo di percorrenza risulta di 7 minuti, mentre per la viabilità urbana si ipotizza una velocità media di 30 km/h e quindi si ha un tempo di 4 minuti complessivamente quindi in termini di tempo i 2 presidi distano 11-12 minuti.

## Cronoprogramma fasi attuative

Data	Evento
07/2023	Presentazione progetto definitivo
10/2023	Approvazione progetto e gara
01/2024	aggiudicazione
04/2024	Inizio lavori
10/2027	gare attrezzature e arredi
04/2028	Fine lavori inizio contratto arredi e attrezzature
10/2028	Collaudo lavori
12/2028	Collaudo arredi e attrezzature e avvio attività

Dal punto di vista insediativo, nella rielaborazione del progetto è stato mantenuto lo schema a blocchi del progetto originario, non è prevista alcuna variazione dei rapporti di copertura del lotto, della superficie lorda calpestabile e del volume.

Il sistema insediativo stabilisce una continuità di rapporti spaziali tra interno ed esterno, valorizzando le qualità ambientali del sito, situato ai margini occidentali della piana di Palermo e confinante con un'ampia fascia classificata dal PRG come verde storico, residuo dell'antica coltivazione agrumaria. Questa fascia garantisce un naturale schermo acustico e visivo rispetto alla circonvallazione inoltre, come è noto, nei luoghi di cura il verde assume una funzione anche terapeutica.

L'ospedale si sviluppa prevalentemente in orizzontale, attorno ad un sistema di giardini interni in piena terra e corti. Il modulo strutturale è di m 7,20 x 7,20. Le funzioni di supporto sono distribuite nei blocchi A e B, l'ospedale di giorno e i servizi di accoglienza nel blocco centrale C, le degenze e le sale operatorie nel blocco D. I diversi blocchi, tra loro interconnessi, si articolano su un massimo di tre livelli fuori terra, ad eccezione del blocco D delle degenze che si sviluppa su cinque livelli e su uno schema a corpo quintuplo. Il sistema connettivo originario è stato mantenuto con la separazione dei flussi sanitari e dei beni (lato sud ovest) e flussi utenti e visitatori (lato nord est).

Tra le varianti distributive interne introdotte su indicazione dell'azienda ARNAS, la principale riguarda la previsione di un pronto soccorso. Nel progetto originario non era stato previsto in quanto l'ospedale era concepito per gestire esclusivamente gli interventi programmati. Altre varianti minori, ma che pure hanno richiesto una rivisitazione delle partizioni interne e dell'impiantistica a servizio, riguardano la rimodulazione dei reparti e dei posti letto assegnati. Nella rivisitazione progettuale si è comunque cercato di mantenere l'originaria flessibilità e modularità che deriva dal modello gestionale per intensità di cura.

Di seguito, per ogni livello, si precisano le aree funzionali, le specialità pediatriche ed i posti letto assegnati. Per tutti i dati metrici si rimanda alle tavole di progetto



### **Piano terra livello 0.00**

Corpo A: Cappella, laboratori di ricerca, sala convegni.

Corpo B1: Foresteria.

Corpo B2: Laboratori clinici.

Corpo C: Bar, mensa, spogliatoi, farmacia, depositi.

Corpo D: Diagnostica per immagini, morgue.

### **Pianta livello 4,50**

Corpo B1: Uffici.

Corpo B2: Laboratori clinici.

Corpo C: Hall e accoglienza, ambulatori, pronto soccorso OBI (10 PL).

Corpo D: Oncoematologia pediatrica (16 PL), pediatria (7 PL).

### **Pianta livello 9,00**

Corpo C: Malattie infettive 16 (PL), fisioterapia, studi medici, attività intramoenia.

Corpo D: Neuropsichiatria (4 PL), neurochirurgia pediatrica (4 PL), nefrologia pediatrica (8 PL), pediatria generale (19 PL)

### **Pianta livello 13,20**

Corpo D: Chirurgia pediatrica (18 PL), urologia pediatrica (02 PL), ortopedia traumatologia (06 PL).

### **Pianta quota 17,40**

Corpo D: Rianimazione (16 PL), cardiocirurgia (12 PL), cardiologia (10 PL), grandi ustioni pediatriche (02 PL).

### **Pianta quota 21,60**

Corpo D: Sale operatorie.





## Il quadro economico:

<b>A. QUADRO ECONOMICO</b>		
A.1	TOTALE IMPORTO LORDO	€ 101.356.673,50
A.2	COSTI DELLA SICUREZZA	€ 2.100.000,00
	<b>Sommano i lavori</b>	<b>€ 103.456.673,50</b>
A.3	PROGETTAZIONE ESECUTIVA	€ 1.697.208,00
A.4	LAVORI PRELIMINARI PER IL COLLAUDO DELLE OPERE GIA' ESEGUITE	€ 480.000,00
A.5	COSTI DELLA SICUREZZA PER I LAVORI PRELIMINARI	€ 12.000,00
	<b>TOTALE LAVORI</b>	<b>€ 105.645.881,50</b>
<b>B</b>	<b>Somme a disposizione dell'Amministrazione</b>	
B.1	Spese per collaudi opere da eseguire	€ 667.594,13
B.2	Spese tecniche	€ 6.207.401,00
B.3	Incentivi ex art 113 d.lgs 50/16	€ 1.056.458,82
B.4	Imprevisti (10%)	€ 10.564.570,40
B.5	Verifica progettazione	€ 1.414.182,70
B.6	Spese per verifiche e collaudi	€ 300.000,00
B.7	Consulenza supporto R.U.P.	€ 250.000,00
B.8	Oneri accesso a discarica	€ 100.000,00
B.9	Spese gara	€ 20.000,00
B.10	Allacciamenti	€ 150.000,00
B.11	I.V.A. spese tecniche A3-B1-B2-B5-B15 (22%)	€ 2.287.085,08
B.12	I.V.A. su lavori (10%)	€ 10.394.867,35
B.13	I.V.A. su somme B5-B6-B8-B9-B10 (22%)	€ 491.520,19
B.14	Somme per S.I.O., arredi e attrezzature (compreso sala ibrida e I.V.A.)	€ 17.367.646,62
B.15	Somme per Cassa previdenza (4% su A3-B1-B2-B5-B7)	€ 409.455,43
	<b>Sommano le somme a disposizione</b>	<b>€ 51.680.781,73</b>
	<b>Totale Nuovo Appalto</b>	<b>€ 157.326.663,23</b>
B.17	Somme vecchio appalto già sostenute	€ 10.120.554,96
B.18	Competenze tecniche dovute per attività già svolte	€ 2.028.254,44
B.19	Spese per collaudi opere eseguite	€ 198.445,87
	<b>Vecchio appalto (somme sostenute e da sostenere)</b>	<b>€ 12.347.255,27</b>
	<b>TOTALE SOMME A DISPOSIZIONE (da B1 a B19)</b>	<b>€ 64.028.037,00</b>
	<b>IMPORTO TOTALE PROGETTO GENERALE</b>	<b>€ 169.673.918,50</b>
	<b>FINANZIAMENTO D.D.G. CEMI INIZIALE</b>	<b>€ 51.316.551,93</b>
	<b>INTEGRAZIONE FINANZIAMENTO</b>	<b>€ 118.357.366,57</b>



### Piano finanziario:

Finanziamento ex art. 71 L. 448/98 DDG n. 1234 del 01/07/2011 € 51.316.551,93		Finanziamento ex art. 20 L. 67/88 € 118.357.366,57		Totale
Quota 70% Stato (*)	Quota 30% Regione	Quota 95% Stato	Quota 5 % Regione	
<b>€ 35.921.586,35</b>	<b>€ 15.394.965,58</b>	<b>€ 112.439.498,24</b>	<b>€ 5.917.868,33</b>	<b>€ 169.673.918,50</b>

(\*) Della quota pari al 70% a carico dello Stato è stato già erogato dalla Regione e trasferita all'ente beneficiario la somma di € 10.120.545,91



## **INTERVENTO N. 2**

**Costruzione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo**

**Art. 20 legge 67/88**

## **Sommario**

### ***Premessa***

### ***PARTE 1. Inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico finalizzato alla realizzazione del Nuovo ospedale Civico di Palermo***

#### **1.1 Inquadramento territoriale**

- 1.1.1 L'area di intervento
- 1.1.2 Strumenti di pianificazione sovraordinata
- 1.1.4 Mobilità, accessibilità e reti idriche e fognarie attuali
- 1.1.5. Servizi generali
- 1.1.6. Studi preliminari e relazioni specialistiche sull'area individuata **Errore. Il segnalibro non è definito.**

### ***PARTE 2. L'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione***

#### ***Civico Di Cristina Benfratelli***

- 2.1 Il contesto, Il territorio e la popolazione
- 2.2
- 2.3 I servizi aziendali centralizzati

### ***PARTE 3. Il Nuovo Ospedale***

#### **3.1 Il Nuovo Ospedale Civico di Palermo**

- 3.1.1 Indicazioni per la Progettazione
- 3.1.2 Obiettivi generali, esigenze e bisogni da soddisfare
- 3.1.3 Modello funzionale ed organizzativo
- 3.1.4 I futuri servizi centralizzati
- 3.1.5 Caratteristiche e requisiti dell'opera 3.1.6
- Il contesto normativo di riferimento

### ***PARTE 4. Dimensionamento economico del Nuovo Ospedale Civico di Palermo***

#### **4.1 Metodologia ed analisi**

#### **4.2 Stima dei costi per "Strutture, impianti e nodi tecnologici"**

### ***PARTE 5. Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo***

#### **5.1 Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo**

#### **5.2 La procedura di individuazione della migliore idea progettuale**

#### **5.3 I tempi di realizzazione del progetto**

#### **5.4 La procedura di affidamento dei lavori di costruzione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo**

### ***CONCLUSIONI***

## Premessa

L'attuale Ospedale Civico di Palermo è sorto a partire dalla fine del XIX secolo in un'area della città, all'epoca ancora agricola, limitrofa al fiume Oreto, collocata a ridosso dell'espansione urbana ottocentesca e delimitata dalla linea ferroviaria e dal cimitero di Santo Spirito. La cartografia che rappresenta la città di Palermo nel 1939, mostra la presenza già ben definita della struttura universitaria del Policlinico, recintata e in buona parte edificata, con gli edifici delle Cliniche posti a perimetro di un grande giardino interno, e, al di là della ferrovia, un primo nucleo dell'odierno Ospedale Civico, costituito da quattro padiglioni, due dei quali ubicati a ridosso della linea ferrata. Il resto dell'area dell'attuale ospedale appare punteggiata da piccoli edifici, ancora riferibili alla attività agricola, e attraversata da una stretta via, l'attuale via Monfenera, della quale oggi non restano che esigue tracce in qualche preesistenza inglobata tra i recenti palazzi, che si inoltra per l'agro palermitano.

Nel successivo rilievo cartografico, del 1954, appare tracciato l'anello viario che ancora oggi definisce e perimetra l'area ospedaliera. All'interno dell'area qualche altro padiglione si è aggiunto ai precedenti. La città continua a mantenersi distante e ben distinta dall'area degli ospedali e permane ancora integro il carattere prevalentemente agricolo dell'intorno.

Già nel 1973, ed ancora di più nel 1989, le aree intorno al presidio appaiono sature, occupate da grandi manufatti edilizi prevalentemente residenziali, che circondano completamente l'ospedale. A tale crescita urbana però non fa riscontro alcuna modifica dell'assetto viario che, rimanendo identico a quello già esistente nel 1951, non è più in grado, evidentemente, di assicurare un efficiente collegamento tra le diverse parti della struttura urbana.

Negli stessi anni anche la struttura ospedaliera viene potenziata con la costruzione di nuovi padiglioni, necessari per mantenere il passo con l'evoluzione tecnologica e sanitaria. Lo sviluppo della struttura, ormai interclusa, rimane però confinato entro gli originari perimetri, ignorando completamente il nuovo ruolo urbano assunto dalle aree limitrofe.

L'Ospedale Civico, che, essendo localizzato al di sopra della linea ferroviaria, oggi interrata, e quindi confinante sul quel versante con la via Giuseppe Roberto Burgio, rimane separato dalla città, raggiungibile attraverso una struttura urbana caotica e disomogenea, negativamente caratterizzata dall'innesto di nuovi edifici condominiali su un preesistente impianto urbano di edilizia di borgata. Solo negli anni più recenti qualche varco, aperto demolendo tessuti storici, ha consentito un qualche miglioramento in una condizione di accessibilità che rimane tuttavia notevolmente critica.

Anche il nuovo quartiere, sorto a monte dell'area ospedaliera, per quanto più regolare, ha contribuito a peggiorare l'accessibilità all'area; da un lato infatti la realizzazione del nuovo quartiere non ha offerto alcuna valida alternativa al traffico da e verso l'ospedale, dall'altra ha aggiunto nuovi volumi di traffico residenziale che, sommandosi a quelli indotti dall'ospedale, determinano una condizione di perenne caos del traffico automobilistico.

Le prime strutture, in muratura portante, risalgono agli anni '30, altri significativi ampliamenti in cemento armato risalgono agli anni '70/80, vulnerabili all'azione sismica, bisognose di costosi interventi di adeguamento sismico difficilmente realizzabili con l'attività in corso.

L'Azienda ha già da tempo avviato iniziative e studi volti alla realizzazione di un nuovo ospedale che rispondesse alle esigenze di una moderna sanità, volta a soddisfare in primis il bisogno di assistenza del malato, in grado di

fornire prestazioni sanitarie avanzate ed un confort alberghiero adeguato ai moderni standard, nonché una struttura accreditabile secondo le direttive Nazionali e Regionali, non ultimo il D.A. 890 del 17 giugno 2002 e ss.mm.ii.

Successivamente, l'Azienda con la consapevolezza che fosse urgente dotarsi di una struttura alternativa a quella esistente ha provveduto, ad affidare l'incarico al Prof. Giuseppe Pellitteri, professore ordinario di progettazione architettonica e urbana dell'Università degli Studi di Palermo, per esprimere parere sulla individuazione dell'area su cui costruire il nuovo ospedale Policivico (unione degli Ospedali "Civico" e "Policlinico").

In particolare venivano date delle indicazioni di massima circa il numero dei posti letto complessivi pari a mille, nonché veniva richiesto di valutare la possibilità circa la realizzazione dell'opera Policivico:

- 1) all'esterno delle aree ospedaliere;
- 2) all'interno dell'area del P.O. Civico di Palermo;
- 3) la realizzazione di un singolo nuovo ospedale all'esterno delle aree ospedaliere anche con posti letto ridotti.

Il Prof. Arch. Pellitteri, nell'ambito dello studio prodotto, evidenzia che la possibilità di realizzare un complesso ospedaliero così grande, porrebbe evidenti criticità sia sul piano sanitario - assistenziale, data la grande dimensione dell'ospedale, sia sul piano universitario, per le funzioni di didattica e ricerca da attuare negli stessi luoghi del sito ospedaliero.

Tale considerazione trova riscontro analizzando la ricerca sviluppata dall'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), unitamente al Ministero della Salute sui "Principi guida tecnici organizzativi e gestionali per la realizzazione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza" Tali principi sono confluiti nella definizione del "Nuovo Modello di Ospedale per acuti, che tiene conto del celebre "Decalogo" di come avrebbe dovuto essere il moderno ospedale, da assumere come prototipo per la progettazione dei nuovi ospedali del 2000.

Dallo studio svolto dal Prof. Arch. Pellitteri è emerso che l'unica area dove è possibile realizzare un nuovo edificio è quella sulla quale si insedia il P.O. Civico, dove sono stati individuati tutti quegli edifici che possono o devono essere riqualificati e/o rinfunzionalizzati o demoliti in quanto non vantaggiosamente recuperabili.

La dimensioni di tale area, comunque, renderebbero possibile la realizzazione di un nuovo ospedale, migliore dell'attuale, più ampio e funzionale ma che non potrà mai raggiungere le dimensioni per i circa 1200 posti letto oltre le attività universitarie.

Viene evidenziato, in più, che l'area del Policlinico non si presta ad ulteriori ampliamenti in quanto satura di edifici. Per tale motivo è stato richiesto all'Assessore della Salute, con nota ARNAS prot. n. 25258 del 13/12/2021, , autorizzando l'avvio dell'attività preliminare per pervenire al concorso di idee o di progettazione per il Nuovo Ospedale Civico da realizzarsi all'interno dell'area dove attualmente insiste, visto lo stato avanzato dello studio effettuato dal Prof. Pellitteri.

La soluzione intrapresa, quindi, è quella di mantenere separati i due Ospedali e procedere alla costruzione del nuovo ospedale Civico da realizzarsi all'interno dell'area dove attualmente insiste.

Detta area è individuata dal Piano Regolatore Generale , approvato nella sua Variante Generale attuale con D. Dir. 124/DRU/02 del 13/03/2002 e adeguate al D. Dir. Di rettifica 558/02 del 29/07/2002 dell'Assessorato Territorio e Ambiente della Regione Siciliana con D.D.C n. 7 del

21/4/2001 "Presa d'atto". L'area è identificata dal codice alfanumerico "F2" (Ospedali, luoghi di cura, presidi sanitari e medicina di base) ed estesa circa 215.000,00 mq.

Nel dettaglio è stata posta particolare attenzione ai seguenti studi, utilizzati come spunto di riflessione per pervenire ad una soluzione organica e funzionale per il Nuovo Ospedale Civico di Palermo:

- Sanità 4.0, inchiesta sulle Nuove Frontiere della Sanità;
- CNETO, Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera;
- AGENAS, Studio "Piano – Veronesi – Mauri";
- Decreto Assessoriale 890/2002.

sulla base dei seguenti criteri:



- a) compatibilità della viabilità del sito in relazione alle previsioni della Rete Ospedaliera Regionale di cui al D.A. 22 del 11/01/2019., valutata anche in termini di raggiungibilità da parte di tutti i Comuni della Provincia di Palermo e delle altre strutture ospedaliere aziendali;
- b) idoneità dell'area individuata in termini di spazio per l'allocazione di tutti i servizi sanitari previsti per il Nuovo Ospedale Civico di Palermo, anche accessori (Elisuperficie, centrali tecnologiche, depositi ed archivi centralizzati, etc.), con possibilità di ampliamenti futuri legati ad una riclassificazione dello stesso presidio;
- c) Dal punto di vista dei costi di acquisizione, l'area si presenta, per ovvi motivi, come l'opzione migliore, essendo già di proprietà dell'ARNAS "Civico – Di Cristina – Benfratelli". La valutazione economica tiene conto dei soli costi legati alle trasformazioni edilizie da attuare, valutando l'eventuale convenienza di un intervento di demolizione e ricostruzione rispetto a quello di nuova costruzione.

## PARTE 1. Inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico finalizzato alla realizzazione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo.

### 1.1 Inquadramento territoriale

L'area individuata è ubicata all'interno del lotto su cui sorge l'attuale Ospedale Civico, nel quartiere Montegrappa, a Sud – Est di Palermo. Il lotto è delimitato a Nord – Est dalla via Gaetano Lodato, a Sud – Est da via G. Parlavecchio, a sud – ovest da via Ernesto Tricomi e a Nord – Ovest da via Carmelo Lazzaro. A Nord – Est, oltre la via Lodato è ubicato il Policlinico "Paolo Giaccone".

Il lotto ha una forma quasi trapezoidale. L'area dell'Ospedale è identificata al Nuovo Catasto Terreni e Fabbricati con la particella n. 145 del Foglio 61

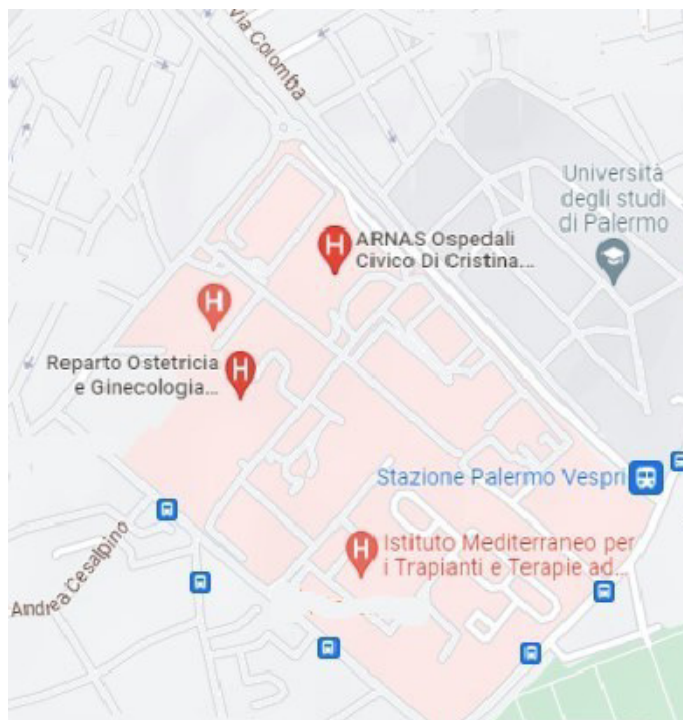
L'area ha un'estensione di circa 300.000,00 mq e dista dal centro della città circa 1,2 km in linea d'aria (circa 3,5 km per 12 minuti di percorrenza in auto). Il terreno è quasi pianeggiante, con una leggera pendenza da Sud verso Nord.

L'area è individuata dal vigente Piano Regolatore generale della Città di Palermo come Zona Territoriale Omogenea "F" "Spazi e attrezzature pubbliche di interesse generale" sottozona "F2" "Ospedali, luoghi di cura presidi sanitari e medicina di base".

La via Lazzaro, la più ampia delle tre che costituiscono l'anello, è quella maggiormente interessata dai flussi in entrata al Civico, essendo stata di recente collegata con il corso Tukory attraverso la via Giuseppe Roberto Burgio. La via Ernesto Tricomi e la via Parlavecchio, dalle quali attualmente si accede ai parcheggi interni all'Ospedale Civico, consentono il collegamento con la parte a valle della città. .

Attualmente, l'area dell'Ospedale Civico è occupata da trenta edifici, compresi quelli adibiti a servizi di farmacia sterilizzazione, etc.

#### 1.1.1 L'area di intervento





### 1.1.2 Strumenti di pianificazione sovraordinata

L'area in esame è identificata nel Piano Regolatore Generale del Comune di Palermo, approvato nella sua Variante Generale attuale con D. Dir. 124/DRU/02 del 13/03/2002 e adeguate al D. Dir. Di rettifica 558/02 del 29/07/2002 dell'Assessorato Territorio e Ambiente della Regione Siciliana con D.D.C n. 7 del 21/4/2001 "Presca d'atto".

### 1.1.3 Mobilità, accessibilità e reti idriche e fognarie attuali

L'accessibilità al complesso ospedaliero dall'esterno della città avviene oggi attraverso la circonvallazione e due direttrici principali: la via Oreto e la via Ernesto Basile.

La via Oreto è un asse viario che ha connotazione prevalentemente urbana, che dipartendosi dal nodo autostradale penetra all'interno della città. Ad un primo tratto, avente il carattere di un viale con controviai laterali che servono le residenze e le strutture commerciali esistenti, fa seguito, dopo l'incrocio con la via Guadagna, un tratto a doppio senso di circolazione che diventa però, dopo il ponte sull'Oreto, uno stretto percorso urbano ad unico senso di marcia, appesantito dalle numerose attività commerciali esistenti lungo il percorso. Da questa strada, svoltando sulla via Gaspare Palermo, si giunge all'ingresso del Policlinico e continuando per la via dei Vespri, la via Parlavecchio, la via Giuseppe Roberto Burgio e la via Tricomi si giunge all'accesso dell'Ospedale Civico.

La via Ernesto Basile è il principale asse stradale di immissione alla città per le provenienze extraurbane meridionali. Pur essendo un grande viale con carreggiate separate e spartitraffico centrale, tuttavia risulta spesso sovraccaricato, al di sopra della propria capacità di smaltimento, da un traffico diretto a varie importanti attrezzature quali gli istituti universitari del Viale delle Scienze, le sedi di rappresentanza e di governo della Regione Siciliana, la Stazione ferroviaria. Su tale via inoltre grava il traffico di varie linee di pullman extraurbane e urbane. Anche da questa strada l'accesso al complesso ospedaliero non avviene agevolmente: si raggiunge l'Ospedale Civico arrivando alla piazza Stazzone, punto di incontro tra corso Tukory e la via Basile, nodo nevralgico che attualmente seleziona in modo assolutamente inefficace il traffico in entrata e in uscita dal centro storico e da lì, attraverso la via Giuseppe Roberto Burgio, che sostituisce la sede della ferrovia, si arriva alla via Lazzaro e alla Piazza Nicola Leotta che fronteggia l'Ospedale. Il Nuovo Ospedale Civico si allaccia al sistema idrico e fognario dell'esistente senza nessun aggravio all'impianto di scarico e adduzione dello stesso.

### **La maglia viaria urbana esistente**

L'anello viario, delimita l'area dell'Ospedale Civico è costituito dalla via Lazzaro, dalla via Ernesto Tricomi, dalla via Giuseppe Roberto Burgio e dalla via Parlavecchio; quest'ultima separa l'ospedale dal Cimitero di Santo Spirito e consente il collegamento con il vicino Policlinico e con le provenienze esterne.

La via Lazzaro, la più ampia delle tre che costituiscono l'anello, è quella maggiormente interessata dai flussi in entrata al Civico, essendo stata di recente collegata con il corso Tukory attraverso la via Giuseppe Roberto Burgio. La via Ernesto Tricomi e la via Parlavecchio, dalle quali attualmente si accede ai parcheggi interni all'Ospedale Civico, consentono il collegamento con la parte a valle della città.

Assai meno agevoli sono invece i collegamenti con la parte a monte dell'area ospedaliera dal momento che la via Lazzaro si interrompe sulla via Messineo e non riesce per ciò a ricongiungersi con la via Libassi, strada con caratteristiche simili a quelle della via Lazzaro, attraverso la quale si potrebbe facilmente raggiungere la via Regione Siciliana, percorrendo la via Roccella. In assenza di questo collegamento i mezzi in uscita dal Civico sono obbligati a compiere un percorso tortuoso attraverso alcune vie del popoloso e disordinato quartiere Montegrappa, che mostrano tutta la loro inefficienza. Invero la via Lazzaro è collegata alla via Montegrappa e quindi alla via Basile attraverso la via Argento, di recente risistemata, ma anche questa strada presenta proprio al suo imbocco con la via Montegrappa una discontinuità di quota e una variazione di pendenza risolta con una vera e propria rampa che, sia a causa della pendenza che per le ridotte dimensioni, risulta di difficile percorrenza soprattutto per i mezzi di soccorso. Complessivamente è la presenza di numerosi elementi di discontinuità nella viabilità del quartiere Montegrappa che crea i maggiori problemi di accessibilità al Civico. Tali elementi, riferibili ad una parziale e non corretta attuazione delle previsioni del PRG del 1962, sono stati da tempo identificati quali "tappi" da rimuovere per fluidificare la circolazione nel quartiere; si tratta di antichi fabbricati esistenti tra la via Lazzaro e la via Li Bassi, di cui si è detto; tra la via Roccella e la via Gaetano Amoroso; tra due tratti della via Giuseppe Mancino; tra la via Salamone e la via Lazzaro, la cui eliminazione potrebbe consentire una fluidificazione del traffico e apportare miglioramenti alla viabilità urbana e alla accessibilità all'ospedale.



In conclusione, il tema del miglioramento dell'accessibilità alle strutture sanitarie richiede la realizzazione di interventi che possono così riepilogarsi:

- realizzazione di nuovi e più funzionali collegamenti con la viabilità extraurbana;
- fluidificazione del traffico nell'immediato intorno urbano, attraverso l'eliminazione di "tappi" e strozzature esistenti nella viabilità e la creazione di percorsi alternativi;
- realizzazione di nuovi parcheggi.

#### 1.1.4. Servizi generali

Dal punto di vista della dotazione dei servizi alla persona offerti all'esterno il Nuovo Ospedale usufruirebbe di quelli già esistenti per l'attuale Ospedale Civico. che in funzione delle nuove esigenze andrebbero migliorati e implementati.

## **PARTE 2. L'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico di Cristina Benfratelli.**

### **2. L'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico di Cristina Benfratelli**

#### 2.1 Il contesto, Il territorio e la popolazione

#### **Ragione sociale, sede, riferimenti fiscali, logo e patrimonio**

L'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico di Cristina Benfratelli, viene istituita con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 31/08/1993. Con Legge Regionale n. 34 dell'11/04/1995 viene istituita l'Azienda Ospedaliera, la cui attività ebbe inizio, come stabilito con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 189 del 07/07/1995, il 10/07/1995. La denominazione attuale della stessa ("Civico – Di Cristina – Benfratelli") è stata assunta il 14/04/2009 ed attivata giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 338 del 31.08.2009, in seguito alla pubblicazione del decreto Assessoriale di riordino del Servizio Sanitario Nazionale. L'Azienda è classificata come DEA di II livello.

L'Azienda ha sede nell'area urbana di Palermo ed assicura i propri servizi utilizzando le seguenti strutture ospedaliere:

- Presidio "Civico", ospedale generale dotato di Dipartimento di emergenza con trauma center, centrale operativa per la gestione dell'emergenza territoriale, e di tutte le unità operative di diagnosi e cura a basso, medio ed elevato livello di assistenza, con discipline ad alta specializzazione;
  - Centro Oncologico "Maurizio Ascoli", con l'insieme delle unità operative multidisciplinari utili alla diagnosi e alla terapia delle patologie oncologiche, integrate in un ambito assistenziale ad intensità di cura;
  - Presidio "Giovanni Di Cristina", ospedale per bambini dotato di area d'emergenza, trauma center pediatrico, e di tutte le unità operative utili ad assicurare un'assistenza specialistica pediatrica pluridisciplinare, di alta specialità e per le malattie rare.
4. L'Azienda è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico con autonomia amministrativa, patrimoniale e contabile, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalle leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie.
5. L'Azienda ha sede legale in Palermo, con indirizzo in Piazza Nicola Leotta n.4, ed ha il seguente codice fiscale/partita IVA 05841770828.
6. Il logo Aziendale è quello di seguito raffigurato:



1. Il patrimonio dell'Azienda è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al Bilancio di esercizio. L'insieme delle attività patrimoniali è costituito, tra l'altro, da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti e i beni derivanti dall'esercizio di specifiche attività, compresi i beni mobili ed immobili utilizzati dalla società Is.Me.T.T. s.r.l. partecipata dall'Azienda, o da atti di liberalità effettuati a favore della stessa. Sulla base di quanto previsto dall'art. 5, comma 2, del D.lgs. n.502/92, gestisce il proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione se non nei modi stabiliti dalla legge.
2. I Decreti del Presidente della Regione con i quali sono individuati i beni immobili da ricondurre al patrimonio dell'Azienda costituiscono titolo per la trascrizione nei pubblici registri che avviene in esenzione dalle previste imposte in conformità a quanto previsto dall'articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni.
3. L'azienda attribuisce importanza strategica al patrimonio strutturale e tecnologico in quanto condizione e strumento di potenziamento e qualificazione dei servizi offerti.

## **Territorio**

L'ambito territoriale dell'Azienda coincide con quello della Provincia di Palermo.

## **La mission istituzionale e vision**

La Missione dell'Azienda è quella di soddisfare i bisogni e le aspettative di salute di ogni cittadino, assicurando in qualsiasi circostanza, la cura più adeguata, senza alcuna discriminazione di sesso, età, razza, nazionalità, religione, condizione sociale.

Oltre che struttura di riferimento regionale e di rilievo nazionale per l'alta specializzazione, l'Azienda svolge in particolare il ruolo di ospedale generale per la Città Metropolitana di Palermo, e di ospedale pediatrico regionale. La visione strategica dell'Azienda è orientata al costante miglioramento organizzativo, logistico, strutturale e infrastrutturale, teso a garantire appropriatezza, tempestività, efficacia e qualità dei servizi, in condizioni di sicurezza e nel rispetto della persona, attraverso una gestione efficiente delle risorse.

In armonia con le indicazioni regionali e nel rispetto della classificazione tipologica dell'Azienda l'indirizzo strategico guarda ad un sempre maggiore accoglimento di patologie ad alta complessità, all'ampliamento del bacino di utenza e al consolidamento del ruolo di riferimento nei percorsi assistenziali in rete oltre che alla collaborazione e integrazione operativa con altri istituti, limitrofi e non.

Per quanto sopra e al fine di meglio definire il proprio ruolo nel contesto locale e nazionale l'Azienda promuove, nel rispetto della propria missione istituzionale, il potenziamento e lo sviluppo delle aree di eccellenza clinica, anche al fine di interpretare pienamente il ruolo di realtà ospedaliera di alta specialità a rilievo regionale e nazionale. A tal fine: adegua la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione regionale; b) sviluppa percorsi assistenziali integrati tra ospedale e territorio; c) promuove le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra bacino; promuove l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

La peculiarità dell'Ospedale Civico, Di Cristina, Benfratelli, come azienda sanitaria di rilievo nazionale, consiste nella disponibilità al proprio interno di tutte le specialità cliniche per il trattamento delle patologie in fase acuta, a qualunque età, e pertanto riconosce come caratteristica prioritaria di indirizzo nel proprio funzionamento la massima integrazione delle competenze e tecnologie esistenti.

L'Azienda, pertanto, si configura come parte di un sistema integrato, in rete, di servizi, professionisti sanitari e livelli di assistenza che compongono in un continuum l'offerta sanitaria regionale.

Obiettivo dell'Azienda è concorrere al benessere ed alla tutela della persona, pertanto tutte le funzioni ed i livelli di responsabilità nell'organizzazione sono regolati in una prospettiva di servizio e fondati sul principio della corresponsabilità nel conseguimento di un beneficio per l'utente come risultato delle attività.

Prerogativa fondamentale dell'Azienda per assolvere alla propria missione, è l'alta professionalità degli operatori. Per questo si caratterizza anche come luogo di sviluppo di cultura sanitaria, di ricerca intellettuale, di aggiornamento professionale e formazione continua. La crescita e lo sviluppo dell'Azienda dipendono dalla massima espressione di tutte le risorse disponibili, opportunamente e appropriatamente impiegate, con un'apertura all'evoluzione del sistema. In questo senso, accanto all'aggiornamento tecnologico e organizzativo, l'attenzione è rivolta prioritariamente alla valorizzazione della risorsa umana, offrendo a tutto il personale le necessarie condizioni di sviluppare al meglio le proprie potenzialità e competenze.

Il complesso delle azioni svolte dall'Azienda, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, è pertanto finalizzato a:

consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il "case mix"; rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale; assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento di base valorizzando la vocazione per acuti dell'Azienda; favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le altre strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale.

L'Azienda intende quindi realizzare la sua vision attraverso:

l'organizzazione ospedaliera strutturata intorno al bisogno del paziente adottando un sistema basato su intensità e natura della cura con aree integrate offrendo alla persona un percorso assistenziale completo e interdisciplinare; la realizzazione di un modello di sviluppo continuo delle professionalità in considerazione del fatto che il patrimonio professionale aziendale è da considerare la leva fondamentale per poter perseguire le sue finalità assistenziali ed assicurarsi la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito; l'adozione di un modello organizzativo dipartimentale che garantisca il mantenimento delle logiche e degli strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale; la ricerca di nuove soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità; la tendenza ad assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari sotto i profili della competenza tecnico professionale, della cortesia e della disponibilità del personale oltre che della rapidità nella gestione della pratica amministrativa e del comfort alberghiero; la possibilità di realizzare o partecipare a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione ed applicazione delle pratiche ospedaliere e delle evidenze scientifiche migliori e più avanzate. L'Azienda conforma la propria azione ai principi ispiratori ed alle priorità della politica sanitaria regionale indicati dal D.A. n. 736/10, come integrati dalle disposizioni del: D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012 n. 135; D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito dalla legge 8 novembre 2012 n. 189; regolamento di cui all'art. 15 comma 13 lett. c. del predetto D.L. n. 158/12; D.Lgs. 4 aprile 2013 n. 39; Piano nazionale anticorruzione (legge 6 novembre 2012 n. 190); Patto della Salute 2014/2016; Documento LEA del 26 marzo 2012; Piano della Salute 2011/2013 di cui al D.P. 18 luglio 2011; D.A. 24 dicembre 2014 (linee di indirizzo regionale per il conferimento incarichi di struttura complessa); D.M. 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", assunto dal Ministro della Salute di concerto con quello dell'Economia e delle Finanze.

DECRETO 12 aprile 2019. Approvazione del Piano Regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021.

D.A.n.1584 del 10.09.2018 - Approvazione Linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della Regione Sicilia. D.A. n. 10/2019 - Percorsi di Certificabilità.

D.A. n.786/2019 - Individuazione degli Enti Pubblici sanitari che presentano le condizioni di cui al comma 524, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n.208.

## L'organizzazione delle attività assistenziali

I progressi della medicina e la crescente complessità dei pazienti, impongono oggi la necessità di realizzare luoghi di cura in cui concentrare gli sforzi sul fronte della prevenzione, terapia e ricerca. Fondamentale, quindi, la collaborazione multidisciplinare tra tutti gli specialisti che possono intervenire nel percorso di cura. Il modello assistenziale di un moderno Dipartimento ad intensità di cura deve quindi rispondere ai bisogni del paziente, ridisegnando l'organizzazione ospedaliera, per individuare un percorso idoneo a soddisfarne completamente ed efficacemente le necessità assistenziali. La continuità e l'integrazione dell'intervento di cura diventano sempre più trasversali alle diverse competenze professionali che insistono nel Dipartimento e che devono coordinarsi con gli altri professionisti operanti nell'ospedale, per garantire sia l'appropriatezza, nell'uso delle molteplici soluzioni diagnostiche e terapeutiche disponibili, che una gestione economicamente sostenibile del patrimonio umano e tecnico. Il Dipartimento per intensità di cura non è quindi un semplice accorpamento di reparti con degenze uniche, ma una modalità organizzativa che ottimizza l'attività per processi superando la logica di reparto, aggregando i posti letto per aree omogenee centrate sul bisogno assistenziale del singolo paziente.

L'ARNAS Civico adotta un assetto dipartimentale che comprende:

- Dipartimento di Emergenza Urgenza
- Dipartimento Patologie della Testa e del Collo.
- Dipartimento Patologie del Sistema Cardiovascolare
- Dipartimento di Diagnostica Avanzata e dei Servizi
- Dipartimento di Diagnostica per Immagini e interventistica
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento di Pediatria
- Dipartimento di Medicina Clinica
- Dipartimento di Oncologia Vengono inoltre previste:
  - la UOS Trapianti in paziente uremico per agevolare e gestire con tempestività e sicurezza operativa le dinamiche assistenziali legate a questo delicato ambito;
  - la UOSD di Chirurgia a basso impatto assistenziale in seno al Dipartimento di E/U, con l'obiettivo di assolvere alle incombenze assistenziali di interesse chirurgico a bassa media e complessità utilizzando apposite sale del complesso operatorio e destinate alla gestione della casistica chirurgica ambulatoriale o in day surgery (ernie addominali, appendiciti, interventi sulla tiroide o di piccola chirurgia plastica), dal basso impatto professionale specialistico e, proporzionalmente, dalla migliore remunerazione; tale UOSD contribuirà ad abbattere le liste di attesa per gli interventi di elezione e innalzare la componente produttiva dei processi delle discipline di appartenenza.



## **La rete regionale dei servizi sanitari**

Nella propria attività l'Azienda assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi ed i vincoli definiti dalla regione Siciliana. Il Servizio Sanitario Regionale costituisce un sistema unitario nel quale si integrano in rete i servizi e le attività delle aziende sanitarie, come declinate anche dalla programmazione di ambito provinciale e nella pianificazione attuativa aziendale e distrettuale, attraverso gli strumenti previsti dalla normativa e dagli atti di programmazione regionale. L'Azienda, pertanto, si impegna attivamente nell'ambito del Bacino Sicilia orientale, di cui all'art. 5, comma 9 lett. a) della L.R. 14 aprile 2009 n. 5, a contribuire allo sviluppo a rete del sistema sanitario regionale partecipando alla programmazione interaziendale finalizzata all'integrazione ottimale delle attività sanitarie delle Aziende facenti parte del Bacino medesimo in relazione agli accertati fabbisogni sanitari ed alle esigenze socio-sanitarie; in particolare, sulla base degli indirizzi forniti dal Comitato di Bacino, si impegna, ex art. 15 comma 1 delle L.R. 14 aprile 2009 n. 5, ad operare in rete con le altre Aziende Ospedaliere attraverso il sistema telematico, il collegamento ed il coordinamento delle funzioni socio-sanitarie ed assistenziali per assicurare all'utente l'appropriatezza dell'intero percorso di accoglienza, presa in carico, cura e dimissione anche protetta.

## PARTE 3. Il Nuovo Ospedale Civico di Palermo

### 3.1 Il Nuovo Ospedale Civico di Palermo

#### 3.1.1 Indicazioni per la Progettazione

La soluzione progettuale dovrà prevedere, nell'individuazione degli spazi, l'integrazione tra formazione e assistenza, tesa a fornire un servizio di qualità e di guida.

I poliambulatori per le attività dipartimentali saranno organizzati per aree funzionali omogenee con punti di ingresso differenziati e riconoscibili, dislocati lungo il percorso. Gli ambulatori saranno prevalentemente al servizio di pazienti esterni che dovranno accedere ad essi senza interferenze con gli altri servizi ospedalieri. Al fine di evitare dispersioni e diseconomie saranno raggruppati e comunque ben collegati con i servizi diagnostici d'immagine e con le rispettive aree di degenza. La loro funzione sarà di assistenza ai cittadini erogando prestazioni di accertamento diagnostico polispecialistico, utile a stabilire la necessità di ricovero (contribuendo sostanzialmente al contenimento dei giorni di degenza) e ad erogare prestazioni di follow-up sui pazienti dimessi.

Altro aspetto da considerare è la libera professione che potrà essere organizzata per aree funzionali in camere a 1 letto più poltrona/letto per l'accompagnatore. Ogni camera dovrà avere, come per le degenze ordinarie, più aspetto alberghiero che ospedaliero per finiture, arredi e colori. Ogni letto paziente potrà essere monitorato per i parametri di base.

L'innovazione tecnologica ed il rapporto con l'uomo dovranno avere un ruolo chiave nella realizzazione del nuovo ospedale.

Il Nuovo Ospedale, quindi, dovrà avere, un'anima "4.0"; dovrà essere un posto modellato a partire dalla tecnologia e, soprattutto, dai processi di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, cliniche o chirurgiche che siano. Dovrà essere il luogo dove tutte le "cose" sono collegate in rete: dai sensori ai devices, passando per gli apparati le attrezzature. Ed i macchinari e fino al letto del paziente. L'ospedale 4.0 è l'albergo dei "robot", dalla sala operatoria alla produzione di farmaci al laboratorio centralizzato alla distribuzione dei farmaci, dei pasti e delle merci. E' il posto dove ingegneria clinica ed information technology convergono, in quanto tutte le tecnologie presenti devono convergere tra loro.

Tutto ciò premesso, i concetti chiave di un ospedale 4.0 possono essere così riassunti:

- Iperconnessione ed automazione integrata;
- Zero paper;
- Just in time,
- Collaboration, condivisione e fruibilità in real time delle informazioni;
- Disintermediazione (eliminazione o drastica riduzione di tutti i momenti di discontinuità rispetto ad un flusso o a un processo);
- Orientamento al paziente;
- Integrazione con il territorio.

Alla luce di quanto appena esposto, nuove esigenze funzionali devono rappresentare i punti fondamentali su cui definire il nuovo progetto architettonico orientato alla massima ospitalità, efficienza e flessibilità, quale:

- ottimizzazione dei processi di cura;
- ridefinizione degli spazi e delle stanze di degenza con aggregazione anche temporanea di aree funzionali per intensità, per facilitare lo scambio di conoscenze tra medici e fornire una migliore qualità di vita al malato, nell'ottica della multidisciplinarietà e multiprofessionalità;
- tipologie e durata dell'assistenza;



- sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- realizzazione di atmosfere familiari di specifiche soluzioni di accoglienza e di degenza anche quali momenti di cura;

La realizzazione del nuovo ospedale non può non tenere conto, inoltre, del preminente ruolo che sempre più occuperà la tecnologia nei processi di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il nuovo ospedale dovrà essere strutturato per livelli di intensità di cura (alta, media e bassa) sia in regime di emergenza - urgenza che di elezione con notevole spazio all'alta specialità. Il nuovo ospedale deve tenere conto che l'attività ordinaria deve essere garantita sul territorio e così come la cronicità molto probabilmente dovrà essere trattata direttamente al domicilio del paziente.

Pertanto, il nuovo ospedale deve fungere da HUB ovvero il nodo centrale collegato in rete: ● con tutte le attività intraospedaliere a partire dal pronto soccorso, all'area critica, alle sale operatorie, sino ad arrivare a letto paziente;

- con le attività ospedaliere degli altri plessi aziendali provinciali;
- con il territorio provinciale (distretti, residenze, ambulatori, hospice, domicilio dei pazienti, etc.);
- con tutte le tecnologie, medical devices, dagli apparati tecnologici legati alla diagnostica e alla terapia.

Una attenzione particolare deve essere data alla robotica sia per i percorsi di cura (erogazione di prestazioni come quelli per la sala operatoria, per la produzione di preparati chemioterapici o ancora per la logistica (distribuzione di servizi, pulizie, etc.).

Oltre alle tecnologie un ruolo preminente è dato dalla informatizzazione dei dati e delle attività dei percorsi di cura (cartelle informatizzate, etc.).

Il nuovo ospedale non deve solo ospitare il personale sanitario tecnico, amministrativo, i pazienti e loro familiari, ma deve anche essere abitato da robot, carrelli robotizzati e da bytes.

### 3.1.2 Obiettivi generali, esigenze e bisogni da soddisfare

Il Nuovo Ospedale Civico di Palermo ha come obiettivo 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 comfort, efficienza e umanizzazione in piena sintonia con quanto previsto nei Documenti di Indirizzo alla Progettazione redatti per altre Aziende Ospedaliere in Italia e all'estero.

Al di là degli aspetti squisitamente tecnologici progettare un ospedale 4.0 è una sfida complessa: essa costringe tutti gli stakeholders (progettisti, tecnici, tecnologi, operatori sanitari di tutte le categorie e governance) a ripensare i processi di produzione ed erogazione dei servizi, partendo dagli spazi, passando per la logistica e la tecnologica, garantendo la connettività e la disintermediazione ma lasciando sempre al centro di tutto il paziente. La salute intesa come promozione del benessere fisico, l'innovazione tecnologica e l'assistenza viste come sistema di responsabilità condiviso attraverso l'integrazione socio-sanitaria, rappresentano i presupposti su cui si basa il cambiamento di un moderno ospedale.

In tal senso il ruolo, il funzionamento, il dimensionamento e l'immagine stessa dell'ospedale stanno subendo considerevoli trasformazioni.

L'innovazione tecnologica ha trasformato la struttura ospedaliera in un contenitore altamente tecnologico sempre più flessibile, adattabile, riconvertibile e concepito in funzione della sua manutenibilità nel tempo.

La nuova concezione di assistenza cambia infine l'ottica di approccio al "Sistema ospedale" e, sempre in termini strutturali, è il presupposto che incide maggiormente sulla nuova fisionomia dell'ospedale stesso.

L'approccio urbanistico richiesto deve consentire l'apertura dell'area ospedaliera al cittadino, pur garantendo la sicurezza del malato, la serenità e la quiete; nel contempo, in considerazione della collocazione dell'ospedale deve salvaguardare gli interessi e le prerogative sia dei fruitori del comprensorio ospedaliero (degenti, personale, utenti esterni) sia degli abitanti delle aree limitrofe e circostanti il comprensorio.

La promozione del benessere fisico ha portato a sviluppare strutture ospedaliere ad alta tecnologia dotate di ogni forma di comfort ambientale e organizzate intorno alla "persona"; concetto, questo, legato alla umanizzazione dell'ospedale, che si traduce, in termini strutturali, in potenziamento di spazi con caratteristiche alberghiere, in soluzioni ambientali dotate della necessaria privacy e nello studio accurato degli ambienti dal punto di vista della luce, del colore, del verde. In questa ottica lo sforzo progettuale che viene richiesto dovrà essere indirizzato verso un'idea di ricucitura con il tessuto territoriale attraverso un linguaggio architettonico capace di esprimere correttamente sia il rispetto per l'ambiente che l'integrazione con lo stesso.

L'ospedale, inoltre, in una visione integrata al territorio, rappresenta uno dei nodi strategici di una rete ospedaliera relazionata con l'altrettanto importante rete dei servizi territoriali; questa concezione di "rete" sottintende la definizione delle necessarie interrelazioni e presuppone un approccio sistemico alle problematiche, non solo di carattere socio-sanitario ma, più in generale, delle politiche di investimento regionale.

La necessità di assicurare l'aggiornamento continuo, professionale e culturale, per tutti gli operatori (medici, paramedici, tecnici ed amministrativi) si riflette, naturalmente, sul progetto globale dell'organismo ospedaliero che deve tener conto di ampi spazi da destinare all'area formazione.

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.

Le caratteristiche salienti del progetto daranno risposta ai seguenti punti:

- 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;
- funzionalità;
- studio accurato dei percorsi e dei flussi;
- facilitazione nell'intercomunicazione e nei rapporti (collegamenti fisici, sistema informatico, posta pneumatica, trasporti leggeri, etc.);
- originalità delle soluzioni architettoniche, con utilizzo ampio di verde fruibile, di spazi "sociali" e di aggregazione, per rendere il ricovero e la permanenza in ospedale meno traumatici psicologicamente e meglio accettabili socialmente;
- ambiente confortevole per l'accoglienza in tutti i suoi aspetti, dalla leggibilità, all'orientamento e alla segnaletica, in considerazione delle esigenze di tutte le categorie di utilizzatori;
- rispetto della privacy;
- 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;
- 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 presidio 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 distinzione per specifiche categorie di utenti;
- accesso del personale;
- accesso per approvvigionamenti e merci (farmaci e presidi, materiale pulito, materiale sporco, cucina/mensa, rifiuti, etc.); ● manutenzioni.

Il nuovo ospedale sarà progettato secondo il modello di intensità di cura e con organizzazione dipartimentale. Il Nuovo Ospedale Civico sarà un ospedale ancora più flessibile dell'attuale (che è impostato con la tipologia a padiglioni), in grado di trasformare il 50% dei suoi posti letto in terapia intensiva, e sub-intensiva, con degenze dotate di pressione controllata, e con percorsi, sale operatorie e servizi diagnostici completamente separati, per accogliere pazienti infetti in caso di nuove pandemie, e contestualmente consentire al restante 50% dell'ospedale di continuare a lavorare e garantire l'assistenza sanitaria alla popolazione in condizione di normalità..

Gli arredi e le attrezzature sanitarie a corredo previste in progetto, saranno classificate secondo le diverse destinazioni e le relative prescrizioni normative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie.

Sotto il profilo informatico e digitale si prevederà l'introduzione dell'interoperabilità delle informazioni all'interno degli applicativi clinici ed amministrativi al fine di avviare un processo di digitalizzazione a 360 gradi dei processi clinici e amministrativi dell'ospedale.

La digitalizzazione del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) permetterà di:

- Innalzare la qualità dei processi clinici e sanitari con un miglioramento della qualità della cura erogata e una riduzione del rischio clinico;
- razionalizzare i processi gestionali e amministrativi permettendo delle economie gestionali utili ad una migliore redistribuzione delle risorse economiche/finanziarie con la finalità di migliorare le cure ai pazienti e ridurre i costi gestionali
- Integrare sistemi diagnostici clinici
- Realizzare una "base dati" clinica per fini di cura e ricerca
- Abilitare strumenti di condivisione della documentazione clinica con l'esterno per attività di "second opinion" attraverso l'uso di strumenti di interoperabilità (HL7, DICOM)
- Supportare processi di accreditamento in ambito clinico, informatico ed amministrativo (JCI, HIMSS, CHIME e ISO 9001)

All'interno del processo di digitalizzazione un ruolo fondamentale sarà svolto dalla Cartella Clinica Elettronica (CCE) utilizzata trasversalmente da tutti i reparti, servizi ambulatoriali e servizi diagnostici, per condividere le informazioni necessarie per la migliore gestione dell'intero processo diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente.

Allo stesso tempo un ruolo, altrettanto importante, verrà svolto dalla digitalizzazione del sistema amministrativo contabile che permetterà di introdurre dei sistemi di controllo direzionali "evoluti" fondamentali per monitorare l'andamento economico/finanziario dell'Azienda e introdurre degli strumenti previsionali sulla produttività.

Verrà predisposto un progetto tecnologico in grado di coniugare i nuovi modelli di cura basati sulla medicina di precisione e "valued based medicine" con infrastrutture tecnologiche in grado di supportarli nella piena sicurezza informatica e nel rispetto dei principi privacy.

Inoltre, il progetto dovrà tenere conto di tutte le tecnologie necessarie di avviare modalità di cura del paziente basati su "machine Learning", "AI", "deep learning" e "Clinical Decision Support". Per il corretto e sicuro funzionamento dell'intero sistema i dati clinici devono essere resi fruibili in tempo reale e opportunamente strutturati.

Sotto il profilo dell'autonomia energetica ed ecosostenibilità, è noto che i costi energetici possono rappresentare fino al 3% dei costi totali di una struttura sanitaria. Più del 40% del consumo di energia è dovuto agli impianti di climatizzazione, mentre illuminazione, acqua calda sanitaria e lavanderia incidono per circa il 15% ciascuno.

Il progetto del nuovo ospedale introdurrà tecnologie basate su fonti rinnovabili che permetteranno di aumentare l'efficienza energetica, rendendo lo stesso più performante e sostenibile.

Ogni ambiente deve poter garantire condizioni specifiche, in termini di riscaldamento e raffrescamento, alimentazione delle attrezzature, fornitura di acqua calda. Le soluzioni più valide che saranno valutate in seno al

concorso di progettazione da avviare, in termini di efficienza, sono certamente quelle che riguardano l'autoproduzione energetica, quindi cogenerazione e fotovoltaico, oltre a nuovi impianti di illuminazione, pompe di calore, caldaie ad alta efficienza e sistemi di gestione intelligente degli edifici.

I sistemi di energia rinnovabile identificati durante il progetto RES Hospital (che sono stati oggetto negli ospedali pilota), a cui fare riferimento nella procedura di gara, includono: • Sistemi integrati di calore e di cogenerazione - CHP- alimentati a biomassa • Generatori eolici • Sistemi geotermici profondi • Pompe di calore geotermiche • Solare (termico e fotovoltaico)

Il nuovo ospedale dovrà essere costruito secondo uno standard volto a tendere ad emissioni di CO2 pari a zero. In fase di progettazione dovranno essere prese in considerazione le seguenti innovazioni green: tetti ventilati; infissi con ombreggiamento; griglie per favorire la naturale ventilazione notturna in estate; l'utilizzo di sistemi tecnologici per la regolazione della luce artificiale interna; nonché un'impiantistica tecnologicamente avanzata per il risparmio energetico. Gli interventi previsti consentiranno un risparmio di circa il 50% di energia per il riscaldamento, il 75% per il raffreddamento, circa 80% per i consumi elettrici

Attualmente, l'area dell'Ospedale Civico è occupata da trenta edifici, compresi quelli adibiti a servizi di farmacia sterilizzazione, etc.

Tra gli edifici che occupano l'area dell'Ospedale Civico quelli della cucina, della sterilizzazione e 2 contenenti le unità operative di specialità mediche risultano vincolati dalla Soprintendenza dei BB. CC. e AA. e dovranno essere recuperati nel progetto complessivo che interesserà questo ambito.

Alcuni degli altri edifici facenti parte del complesso ospedaliero hanno caratteristiche architettoniche di scarso valore; in alcuni casi si tratta di strutture prefabbricate e degradate e pertanto inadeguate, sia funzionalmente che strutturalmente; per queste e per gli altri edifici si prevede la totale demolizione con il trasferimento delle attività attualmente in essi svolte nel nuovo ospedale.

Dovranno essere proposte utilizzazioni alternative delle aree residue e degli immobili da non demolire.

Non dovranno essere pertanto interrotte neanche le funzioni di emergenza urgenza e di ricovero fino al momento in cui non sarà realizzata l'opera nella sua interezza.

Inoltre, nel corso degli anni sono stati effettuati investimenti di un certo rilievo, con particolare concentrazione sull'area destinata all'emergenza urgenza. Che si ritiene debba mantenere il suo ruolo nell'ambito della nuova realizzazione. Il nuovo progetto dovrà essere impostato prevedendo l'interconnessione con il fronte del padiglione delle Emergenze (Pad 8) con il realizzando edificio che, in asse a questo, sorgerà in una zona centrale dell'area.

Nella prima fase è prevista la dismissione del Complesso Oncologico "Maurizio Ascoli" Pad.16 e Pad. 17 del padiglione 11 "ex Chirurgia Vascolare" onde unificare l'area resa libera dalle demolizioni con quella del piazzale antistante, realizzando così una superficie libera di circa

30.000,00 mq. sufficiente per la costruzione del nuovo complesso ospedaliero.

Al contempo, ove necessario, potranno essere parzialmente dismessi e/o rifunzionalizzati i manufatti posti all'intersezione delle vie E. Tricomi e Parlavocchio comprendenti l'Autoparco, la Camera Iperbarica, la Cabina Elettrica e due capannoni insistenti nell'area, onde ottenere una superficie libera di 15.200 mq nell'osservanza, comunque, della fascia di rispetto cimiteriale (Legge 983 del 17.10.57 art. 1) interessante la zona in oggetto.

A seguito della demolizione del "Maurizio Ascoli" dovrà essere posta particolare attenzione alla ricollocazione dei posti letto attualmente esistenti per i settori oncologici che potranno essere trasferiti in opere provvisorie alternative all'uopo predisposte.

Ivi dovranno trovare collocamento anche i servizi di radiologia e radioterapia attualmente operanti nel "M. Ascoli" e perfettamente funzionanti.

Nella seconda fase rientrano i padiglioni di Chirurgia toracica, di Farmacia ed il reparto Speciale riservato alla Medicina Interna e Chirurgia Generale per i detenuti.

Allo stato attuale non si prevede la dismissione di tutti i corpi di fabbrica menzionati, bensì la rifunzionalizzazione di alcuni di essi in funzione delle esigenze che si evidenzieranno in fase progettuale e nell'osservanza, comunque, della fascia di rispetto cimiteriale.

Nella terza fase rientra il padiglione 4 (ex Chirurgia) che, essendo in buono stato di conservazione, si prevede di rifunzionalizzare in rapporto alle esigenze che si evidenzieranno in fase progettuale.

Il progetto deve tener conto dei vincoli e i limiti imposti dagli impianti che influenzano l'architettura e che possono essere così identificati:

Correlazione, trasporti e movimentazione tra i diversi reparti e le diverse destinazioni, in particolare degenze, servizi di diagnosi e cura e servizi generali;

Flessibilità dell'organismo ospedaliero nel corso del tempo ed adattabilità alle future esigenze; Economicità e rapidità nella realizzazione per il soddisfacimento della domanda e per l'edificazione della struttura in tempi compatibili con l'evoluzione tecnologica.

Ogni spazio, deve essere pensato in funzione delle particolari attività che vi si svolgeranno in modo da potere consentire la migliore utilizzazione dell'edificio da parte del personale medico e non sanitario che dovrà lavorare al suo interno e dei fruitori cui l'attività è rivolta.

In merito alla suddivisione dei flussi, la suddivisione degli stessi si tradurrà 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; a titolo esemplificativo si citano alcune tipologie di utenti esterni che normalmente si rivolgono a una struttura sanitaria, le esigenze dei quali devono essere tenute nella dovuta considerazione in sede progettuale:

- patologie urgenti;
- ricovero ordinario (programmato o in elezione);
- ricovero in regime diurno, medico e chirurgico;
- prestazione ambulatoriale;
- eventuale unità spinale;
- riabilitazione;
- analisi diagnostica per immagini e di medicina di laboratorio;
- emodialisi;
- radioterapia;
- emodinamica;
- visita a degenti;
- prelievi di campioni ematici;
- donazione sangue;
- svolgimento di procedure amministrative;
- richiesta informazioni, prenotazioni;
- accesso alla Morgue.

Il layout del nuovo complesso ospedaliero dovrà garantire la chiarezza e la facile individuazione dei percorsi dedicati al personale sanitario e ai cittadini, al fine di non generare confusione e perdita di tempo. Si dovranno prevedere percorsi anche per i soggetti con disabilità, consentendo un completo abbattimento delle barriere architettoniche.

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;
- individuazione delle tecnologie più innovative in termini di robotica e domotica.

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 studio, ricerca, diagnosi e cura.

Elemento peculiare nella progettazione dell'ospedale deve riguardare 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 le stanze dovranno essere dotate di servizi igienici che permettano ampia ergonomia del paziente dovrà essere commisurata alla presenza di utenti non autosufficienti, a seconda delle diverse specialità.

Nel dimensionamento e nel layout 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.

Gli spazi di deposito per attrezzature e ausili dovranno essere commisurati alle esigenze delle diverse aree funzionali, con specifiche valutazioni di:

- dimensionamento;
- quantità;
- collocazione;
- caratteristiche costruttive e dotazioni (porte, antincendio, etc.).

Pur con caratteristiche specifiche a seconda delle destinazioni d'uso, tutti gli ambienti destinati all'assistenza sanitaria, allo studio 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 logistiche (pulizia della stanza, prenotazione pasti, etc.) e con l'intrattenimento e le comunicazioni (tv, telefono, etc.).

In riferimento alla organizzazione del nuovo complesso ospedaliero la tipologia da privilegiare deve prevedere un mix tra la soluzione compatta a sviluppo orizzontale e la soluzione a sviluppo verticale che consente di ridurre i percorsi delle reti di distribuzione con minori perdite energetiche; di collegare locali con medesima destinazione d'uso alla stessa tipologia impiantistica con eliminazione di duplicazioni e che consenta una maggiore accessibilità degli impianti.

Volumetricamente il progetto potrebbe essere strutturato con una piastra di 4 piani, di cui due sotterranei e due fuori terra e 2 corpi verticali di 8 - 10 elevazioni fuori terra.

La zona per le emergenze dovrà ospitare le sale operatorie e le terapie intensive; sopra di essi, sulla copertura dell'edificio, è prevista una idonea piastra che successivamente potrebbe essere attrezzata come area per l'atterraggio degli elicotteri del 118.

I corpi scala e i "blocchi ascensori" sono previsti in numero adeguato e posti in modo tale che non si sviluppino distanze da essi superiori a 30 ml come impone la normativa antincendio. Le scale antincendio saranno progettate in modo da essere parte integrante dell'edificio con una attenta cura oltre che agli aspetti funzionali anche all'aspetto estetico dello stesso.

L'intero edificio dovrà essere cablato e la "rete edificio" supporterà un sistema informatico per integrare la gestione medica con quella amministrativa. Tutte le funzioni e le unità operative saranno collegate per garantire un accesso rapido e distribuito alle informazioni cliniche. Grazie alle reti informatiche, il medico potrà richiamare al terminale le informazioni cliniche del suo paziente e aggiornarle al termine della visita, evitando così errori e perdite di tempo.

In tal modo, sarà più semplice poter sviluppare, successivamente, nuove tecnologie dell'informazione e molti servizi interattivi che semplifichino il rapporto tra il paziente e l'ospedale, come la consultazione dei referti di laboratorio.

La struttura, in sostanza, dovrà presentare soluzioni innovative con elementi caratterizzanti come la modularità e flessibilità per rispondere a possibili variazioni delle necessità; modernità e durabilità dell'immobile; building automation intesa come controllo centralizzato degli impianti; centralizzazione dei servizi; razionalizzazione dei flussi di persone, merci e informazioni. Il tutto dovrà essere organizzato in modo tale da garantire un'elevata capacità di attività diagnostica e terapeutica, per abbreviare i tempi di degenza, distinguendo il più possibile i livelli delle stesse, anche con una diversa offerta ospedaliera e alberghiera.

Al fine di garantire alla struttura ospedaliera i requisiti fondamentali della "flessibilità fisica", dovrà essere previsto, per la realizzazione, oltre che un impianto planimetrico il più possibile legato ad un modulo standard, l'uso di materiali utili a effettuare eventuali re-distribuzioni spaziali e organizzative, senza che venga stravolta l'intrinseca coerenza e le scelte costruttive ed impiantistiche dello stesso.

Le stanze di degenza dovranno essere realizzate in modo da godere di particolari condizioni di quiete e tranquillità. Tutte le camere, dotate di bagno privato, televisione, telefono e presa per collegamento internet, offriranno le medesime elevate caratteristiche di comfort e sicurezza. Seguendo i dettami dell'Organizzazione Mondiale della Sanità tutto l'edificio dovrà essere progettato in modo da mantenere una temperatura durante tutto l'arco dell'anno, tra i 22 ed i 23°C con umidità costante, grazie agli impianti di condizionamento e ad eventuali accorgimenti tecnologici che favoriscano il risparmio energetico.

Per quanto riguarda la parte strutturale si evidenzia la necessità di passare dal concetto di struttura antisismica al concetto di struttura isolata sismicamente; per gli impianti infine, la necessità dell'integrazione fino ad arrivare alla concezione di edificio intelligente cioè in grado di autodiagnosticarsi e di intervenire di conseguenza.

Dovrà essere particolarmente curato, oltre che il livello tecnologico con un'adeguata attenzione al risparmio energetico e con un distinto circuito delle acque potabili con un moderno sistema informatico di supporto per gli aspetti clinici e amministrativi, anche l'aspetto alberghiero, sia per i pazienti che per gli accompagnatori, infatti per questi ultimi dovranno essere previsti confortevoli postazioni di reception garantendo la privacy degli utenti.

Per i parcheggi sarà preferibile l'uso di sotterranei, limitando al massimo l'impatto visivo e privilegiando l'uso del verde, allo scopo di elevare esteticamente la qualità architettonica e creare beneficio ai pazienti ed ai familiari con il godimento visivo oltre che fisico del verde.

Almeno tre accessi dovranno consentire l'ingresso al lotto ed alla struttura; almeno uno esclusivamente veicolare, per il personale e per le merci, che conducano al parcheggio ed eventualmente ai piani cantinati e da questi all'interno della struttura, un altro accesso dovrà servire per il pubblico, per l'accesso dei visitatori alla parte destinata ai ricoveri e per il settore direzionale.

Il sistema dei percorsi dovrà essere elaborato in modo tale che si possa accedere facilmente all'area di diagnostica per immagini sia dal Pronto Soccorso, sia dalle degenze poste ai piani superiori.

Come sopra accennato, dovrà essere previsto un secondo ingresso per i visitatori che non possa intralciare l'accesso alle zone di emergenza e che non possa creare commistione con i percorsi del personale medico e dei malati.

Attraverso una ampia hall dotata degli spazi per il personale per l'accoglienza dei visitatori si dovrà accedere agli impianti di risalita per le zone degenze mediche e chirurgiche e di rianimazione poste ai piani superiori e agli ambulatori medici e chirurgici e ai servizi rivolti all'esterno.

Nei piani superiori dell'edificio potranno essere allocati i settori dei ricoveri in terapia intensiva (UTIC - UTIR - UTIN - Terapia intensiva ...) e il blocco operatorio.

Al di sopra della copertura potrà essere prevista una elisuperficie da collegare al pronto Soccorso ed alle sale operatorie.

Le Terapie intensive saranno così articolate:

Terapia intensiva generale.

Terapia intensiva cardiologica.

Terapia intensiva neurologica.

Terapia intensiva respiratoria.

Terapia intensiva neonatale.

Per quanto riguarda i collegamenti, anche in questo caso le terapie intensive dovranno comunicare con il blocco operatorio attraverso un disimpegno riservato al personale medico ed ai degenti collegato a montalettighe riservati.

Il blocco operatorio deve essere concepito secondo le più moderne indicazioni e dotato di 14/16 sale operatorie di cui una per espianti. E' ovviamente dotato di ogni spazio necessario per il maggior comfort degli operatori, di ogni ambiente per i servizi connessi alle attività operatorie e per i medici anestesisti e strutturato in modo che siano ben differenziati, come in tutto il resto della struttura, i percorsi del materiale sporco e del materiale pulito.

L'area che ospita le degenze potrà essere sviluppata secondo lo schema del modello quintuplo con le due fasce esterne dedicate prevalentemente alle degenze – camere doppie e camere singole - ed agli studi medici; la fascia centrale, potrà essere destinata ai locali di servizio, medicherie, e depositi. L'accesso alle degenze da parte dei visitatori potrà avvenire tramite una zona di attesa collegata all'ingresso per il pubblico; anche in questo caso per il personale e i degenti deve essere previsto un percorso riservato. La parte centrale del blocco degenze potrà essere dedicata alle postazioni di controllo del reparto e sui lati esterni a spazi comuni per i pazienti e per i visitatori.

Per tutte le stanze deve essere prevista una dotazione tecnologica con standards molto elevati e la possibilità di un uso flessibile dei posti letto.

Il progetto deve prevedere la possibilità che in una parte esterna limitrofa all'edificio ospedaliero possa essere realizzata in tempi brevissimi una sorta di ampliamento dell'ospedale. In caso di gravi emergenze, disastri o grandi calamità, dovrà essere possibile, tramite il montaggio di una tenso-struttura, creare una grande sala per ulteriori degenze di emergenza. La parete esterna dell'edificio dovrà contenere pertanto, le tubazioni per i gas medicali e i collegamenti idrici ed elettrici necessari per tali evenienze.

Il laboratorio di analisi dovrà essere progettato al fine di fornire i risultati, anche in grande numero, in tempi brevissimi. Dopo i prelievi, le provette dovranno giungere, a ciclo continuo, al laboratorio, per essere processate immediatamente. Dovrà essere realizzato un impianto robotizzato per il pre-trattamento dei campioni: un impianto completamente automatico che smisti le provette alle diverse macchine analizzatrici automatiche.

L'intero processo sarà comunque controllato dal sistema informativo del laboratorio, integrato in quello dell'ospedale e saranno adottate le necessarie tecniche per la garanzia della sicurezza dei risultati.

Per i degenti e le urgenze, il laboratorio dovrà essere in grado di potere operare 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Il sistema informativo consentirà la ricezione del referto degli esami tramite Internet.

Parte dei piani interrati può essere adibita a parcheggi, con una porzione riservata al personale e una ai visitatori. Dovranno essere previsti gli spogliatoi per il personale, un grande laboratorio diagnostico, l'area per le indagini endoscopiche e una officina gessi con studi ambulatoriali per l'osservazione di pazienti "ortopedizzati". Questi reparti sono dotati di ampi spazi per il personale e sono studiati in modo tale da garantire il più semplice e sicuro collegamento con tutta la struttura anche per la distribuzione di materiali. La centrale di lavaggio e sterilizzazione, è già presente nell'area dell'Ospedale Civico.

Dovrà essere prevista una Morgue anche all'esterno della struttura in un edificio già esistente che sia dotata di sala autoptica e adeguati spazi per i dolenti e servizi amministrativi. La Morgue deve essere dotata di accessi riservati per il transito delle salme.

Gli impianti tecnici, i collegamenti per il materiale sporco, i magazzini per lo stoccaggio delle merci, la farmacia e la centrale per i rifiuti dovranno preferibilmente essere posizionati nei piani sotterranei che dovranno mantenere i collegamenti verticali con il resto della struttura.

I volumi tecnici per la collocazione delle centrali tecnologiche principali, dei sistemi di distribuzione primaria (le reti), delle sottocentrali locali e delle reti di distribuzione secondaria, i sistemi di trasporto interni (montacarichi, ascensori, ecc.) e scale di sicurezza dovranno essere studiati in modo da creare una composta compenetrazione con la struttura architettonica.

Le centrali tecnologiche, in particolare per gli impianti termici e di condizionamento, elettrici, gas medicali e antincendio, hanno in comune talune esigenze:



occupano spazi non trascurabili; sono potenziali forme di inquinamento ambientale per le emissioni gassose, per il rumore, per gli scarichi liquidi; sono caratterizzate da elevati carichi statici; devono essere facilmente accessibili per la gestione e la manutenzione; sono sottoposte a rigidi e inequivocabili vincoli normativi connessi alla sicurezza e all'impatto ambientale; attivano una necessaria correlazione con l'esterno e con l'edificio.

E' pertanto necessario, prevedere aree di destinazione specifica e ottimizzare la distanza delle stesse all'interno dell'edificio.

Il Nuovo Ospedale si configura come complesso ad elevata tecnologia, sia dal punto di vista strutturale quanto da quello gestionale.

L'insieme degli interventi che attengono al complesso dell'Alta Tecnologia (HI-TECH) si può infatti scindere nelle tipologie appresso indicate: Strutturali:

blocco degenza, blocco operatori, sistemi di isolamento sismico, centri di trasformazione, produzione, distribuzione e recupero energetico, sistemi di depurazione per il trattamento e il riuso del verde per gli spazi esterni attrezzati a verde, blocco antincendio, sistemi di isolamento acustico, sistemi generali di sicurezza (antifurto; antintrusione).

Generali di rete e gestionali:

sistemi di comunicazione intranet, sistemi di monitoraggio, risparmio energetico, livelli acustici, qualità delle acque, antincendio, sismico, incidenti rilevanti, rischi, eventi eccezionali, sistemi di controllo intranet, sistemi di controllo ambientale, sistemi di controllo- sicurezza degenti, operatori, ospiti, sistemi di monitoraggio e intervento su singolo posto-letto.

## DATI TECNICI GENERALI DI PROGETTO

Superficie del lotto	m2	215.000	Superficie max occupata		
dal nuovo complesso ospedaliero			m2	30.000	Superfici lorde (SI)
	m2	70.000			
Altezza massima consentita (h max) / 10 Piani f.t.			m.	35	
Cubatura max fuori terra (Cu)			m3	150.000 (245.000)	
Indice volumetrico (Cu/SI)				3,6	
Parcheggi (minimo 10% della cubatura complessiva)	m2	24.500			

### Distribuzione Posti Letto e Sale Operatorie

La distribuzione dei posti letto dovrà essere coerente con quelli previsti nel D.A. 11 gennaio 2019 dell'Assessorato della Salute, pubblicato sulla GURS n. 6 dell'8 febbraio 2019.

La ripartizione dovrà tenere conto dei padiglioni e delle relative specialità che verranno rifunzionalizzate e riallocate, che quelle che verranno trasferite nel realizzando nuovo ospedale, nel rispetto delle norme di accreditamento delle strutture sanitarie.

In particolare nell'elenco di seguito riportato sono indicati i posti letto previsti dalla rete ospedaliera di cui al D.A. 11 gennaio 2019 dell'Assessorato della Salute, pubblicato sulla GURS n. 6 dell'8 febbraio 2019, suddivisi in quelli destinati al nuovo ospedale civico e quelli che verranno riallocati nei padiglioni rimanenti e riqualificati:



-	Disciplina	C	S	SD	PL	NUOVO CIVICO	PAD.
09	Chirurgia generale	2	0	1	44	22	22
2226	Medicina Generale	2	0	1	86	86	
36	Ortopedia e traumatologia	1	1	0	34	34	
51	Astanteria (MCAU)	1	0	0	24		24
69	Radiologia	1	0	0	2	2	
08	Cardiologia	0	0	1	30	30	
32	Neurologia	1	1	0	26		26
34	Oculistica	1	1	0	5	5	
37	Ostetricia e ginecologia	2	0	0	40	40	
38	Otorinolaringoiatra	1	0	0	8	8	
43	Urologia	1	0	0	24		24
49	Terapia Intensiva	1	3	0	30	30	
64	Oncologia	1	1	0	24	24	
10	Chirurgia maxillo facciale	1	0	0	8	8	
12	Chirurgia plastica	1	1	0	12	12	
13	Chirurgia Toracica	1	0	0	10	10	
14	Chirurgia Vascolare	1	0	0	14	14	
30	Neurochirurgia	1	0	0	30	30	
58	Gastroenterologia	0	0	0	0		x
68	Pneumologia	1	0	2	30	30	
73	Terapia Intensiva neonatale	1	0	0	8	8	
18	Ematologia e Talassemia	0	0	1	10		10
24	Malattie Infettive e Tropicali	1	0	0	16	16	
29	Nefrologia	0	0	0	0	x	
47	Grandi ustioni	1	0	0	16	16	
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	1	0	0	24	24	
50	Unità coronarica	1	0	0	10	10	
52	Dermatologia	0	0	1	2	2	
62	Neonatologia	0	1	0	10	10	
66	Oncoematologia	0	0	1	8	8	
71	Reumatologia	0	0	1	2	2	
97	Detenuti	0	0	1	8		8
82	Terapia del dolore	0	0	1	4	4	



56	Recupero e riabilitazione funzionale	0	1	0	20	20	
28	Unità spinale	0	0	0	0	x	
60	Lungodegenti	0	1	0	16		16
	Hospice						14
				sommano PL		505	144
DT69	Radiologia (Senza PL)	1	1	1		x	
DTA1	Servizio trasfusionale	1	3	0			x
DTA3	Laboratorio D'analisi	1	2	2			x
SX01	Servizio di anestesia	0	0	0		x	
DT20	Laboratorio di immunoematologia	0	0	0			x
DT61	Medicina Nucleare (Senza PL)	1	0	0			x
DT01	Allergologia*	0	0	1		x	
DT03	Anatomia e patologia istologia	1	3	0			x
DTA2	Emodinamica	0	0	1		x	
DT54	Emodialisi*	0	0	1		x	
DT64	Oncologia (Senza PL)	0	0	1		x	
DT70	Radioterapia (Senza PL)	1	0	0		x	
SX04	Fisica Sanitaria	1	0	0		x	
SX11	Farmacia Ospedaliera	1	0	0		x	
GX21	Direzione Sanitaria di presidio	1	0	1			x
Microb	Microbiologia e virologia	1	0	0			x
Neuror	Neuroradiologia	0	0	1		x	
DT58	Gastroenterologia*	1	0	0			x
DT97	Detenuti	0	0	0			x
DTA4	Servizio di psicologia	0	0	1		x	
SX28	Servizio infermieristico	1	0	0			x
SX90	Altri Servizi di supporto sanitario	1	0	2		x	

Preme sottolineare che l'ARNAS Civico è un DEA di II livello e in quanto tale i posti letto saranno corredati da attrezzature di altissima specializzazione, tecnologia e qualità.

Lo stesso dicasi per gli aspetti della strumentazione tecnologica e delle attrezzature elettromedicali e di radiologia. Inoltre, l'ARNAS garantisce attività di riferimento per la Sicilia occidentale, quali la Camera Iperbarica, l'Endoscopia Bronchiale e il Laboratorio di Genetica Molecolare.



Per tale motivo il prezzo parametrico utilizzato a posto letto non può non tenere conto di queste peculiarità rispetto la realizzazione di altri ospedali nell'ambito della Regione Sicilia.

Inoltre, la particolare fase storica contingente, che ha registrato un repentino incremento dei costi dei materiali, avvalorato da tutte le norme emanate dal Governo Centrale per fronteggiare detta emergenza (D.L. 73 del maggio 2021 (adeguamento maggiori costi materiale), D.L. 4 del febbraio 2022 (revisione prezzi), D.lgs. 50 maggio 2022 (decreto aiuti), giustificano ulteriormente il prezzo parametrico adoperato pari ad € 650.000 posto letto.

Sotto il profilo procedurale l'integrazione prevede due tipi di intervento.

Il primo riguarda la realizzazione della nuova struttura ospedaliera.

Il secondo è quello di recuperare e il patrimonio edilizio residuo riutilizzandolo per attività di servizi e supporto alle funzioni ospedaliere e di sostegno all'utenza.

### 3.1.3 Modello funzionale ed organizzativo

Uno dei modelli organizzativi previsti nelle strutture sanitarie è quello Dipartimentale. Il dipartimento, quali quelli previsti nell'assistenza ospedaliera, ha come obiettivi principali quelli di garantire:

- migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, formazione ed in integrazione con l'assistenza territoriale;
- miglioramento della qualità dell'assistenza, miglioramento di efficacia e appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;
- elaborazione di Percorsi Diagnostico/terapeutici per la gestione integrata di processi di cura;
- realizzazione di economie di scala e di gestione;
- diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative attraverso percorsi formativi diffusi e condivisi.

Il modello del Dipartimento, nell'aggregazione operativa di Unità omogenee, affini o complementari, persegue finalità comuni e condivise, pur nell'autonomia organizzativa, gestionale e professionale delle singole Unità Operative che lo compongono.

Il nuovo ospedale si baserà sul modello assistenziale organizzato per aree funzionali, con una forte integrazione tra moduli omogenei che potranno strutturare il loro operato per livelli differenti di intensità di cura.

Si riportano di seguito indicazioni in merito a diverse tipologie di aree funzionali di degenza che in modo esemplificativo saranno collocate nel nuovo ospedale:

#### **Area Medica**

L'assistenza sarà strutturata in aree di degenza polispecialistiche e multiprofessionali basate sulla massima flessibilità organizzativa e che permetta dunque il superamento dell'articolazione per reparti differenziati secondo le diverse discipline, in accordo con il modello dell'organizzazione per intensità di cure. La nuova organizzazione non potrà comunque prescindere da una particolare attenzione al raggruppamento in aree contigue di degenti con patologie affini o comunque con simili bisogni assistenziali. In tali aree di degenza dovranno essere allocati alcuni posti letto destinati alle degenze ordinarie "protette" (di isolamento), tutte dotate della zona filtro e della possibilità di instaurare alternativamente una pressione positiva o negativa.

#### **Area Materno-Infantile**

L'area relativa alle cure materno infantili necessita di una struttura a misura dei bambini e delle famiglie: saranno preziose, nella progettazione e realizzazione degli spazi e dei percorsi, anche le competenze della società civile. L'accoglienza del paziente e della famiglia: fin dal primo contatto con l'ospedale, è un aspetto fondamentale del processo di cura: molta attenzione sarà posta per concepire spazi che accolgono chi si ritrova, non per sua scelta, a vivere anche per pochi giorni dentro l'Ospedale: da un lato dunque umanizzazione delle strutture, attraverso il miglioramento del comfort alberghiero, la creazione di spazi ludici e colorati per i bambini che si accompagneranno all'applicazione di aggiornati metodi di accoglienza per favorire e ridurre il disagio per bambini e famiglie del soggiorno in ospedale; dall'altro, l'Ospedale punterà anche ad una dotazione tecnologica avanzata per realizzare un'assistenza di alto livello ed in linea con le migliori evidenze di efficacia. Al fine di favorire le necessarie sinergie tra le diverse équipes, si prevede una contiguità anche logistica tra l'area dedicata alla ginecologia, a quella dell'ostetricia e alla pediatria.

#### **Area Ostetrica**

Dovrà prevedere percorsi assistenziali diversi per intensità di cura e professionalità coinvolte, ma con una forte integrazione funzionale.

L'ospedale ospiterà un'area di degenza per puerperio con rooming-in, dotata di sole stanze ad un letto con il bagno ed un'area nido dotata di culle e incubatrici, Il gruppo parto deve essere attrezzato, oltre che con gli spazi di

norma (sale travaglio/ parto / isole neonatali, ecc.) anche di una sala operatoria dedicata alle urgenze o, in alternativa, "collegato al gruppo operatorio centrale". Il Dimensionamento dell'area ostetrica dovrà tenere conto del numero di parti per anno e rispettare le linee guida inail in materia. **Il numero di parti registrato nel 2018 è pari a 16001700. Si richiede una progettazione, in prospettiva futura, per un numero di 2000 parti per anno.**

### **Area Ginecologia**

Ospiterà percorsi diagnostico-terapeutici specifici, finalizzati alla tutela della salute della donna in ogni età della sua vita. Saranno presenti stanze di degenza ordinaria per la diagnosi e la terapia delle patologie ginecologiche sia benigne che maligne ed aree di degenza per day hospital, ambulatori.

Obiettivo è quello di costruire un modello ospedaliero in cui ci sia una forte valorizzazione del sentire femminile nelle sue componenti psicologiche e sociali, una realtà assistenziale in cui la professionalità si manifesti come cura multidisciplinare, qualità della relazione e condivisione dei problemi e delle difficoltà con la famiglia.

### **Area Pediatrica**

Accoglierà persone con stati emotivi e bisogni differenziati: dal neonato a tutti i membri della famiglia coinvolta. Particolare attenzione sarà posta nella progettazione di spazi accoglienti affinché facciano sentire a proprio agio gli utenti. Tale area dovrà accogliere tutti i bambini che necessitano di cure secondo modelli di intensità di cura differenziati. Un'area ludica ed una sala d'attesa adeguata saranno dedicate ai piccoli pazienti e ai loro famigliari. Collegamento diretto sarà previsto con il Pronto Soccorso pediatrico, ove un'area per l'osservazione breve consentirà la gestione ottimale di tutti i casi con patologie di media entità, prima della dimissione. Nell'area di degenza si definirà una zona ad alta intensità di cura per bambini che necessitano di attento monitoraggio, con il coinvolgimento di competenze multiprofessionali.

Le stanze di degenza, tutte ad un letto (con la possibilità di utilizzo di un secondo letto) avranno bagno interno e consentiranno anche il riposo di un familiare adulto.

Va prevista un'area pediatrica dedicata alle attività ambulatoriali e di day hospital attigue all'area di degenza.

.....

### **Area Terapia Intensiva e Semi-Intensiva**

Nell'Ospedale che organizza l'attività di cura secondo il modello-assistenziale per intensità di cura, le terapie intensive e semi-intensive fanno riferimento al livello di "intensive care", che deve essere centralizzato, polivalente e curare la reale instabilità clinica. Il ricovero in terapia intensiva, sia per il malato che per il suo nucleo familiare è un'esperienza critica: sempre maggior importanza viene data all'ambiente di cura ai fini di rispondere maggiormente ai bisogni psicologici più immediati del paziente cosciente ricoverato, che sono conseguenza della negazione della libertà di movimento e di scelta dell'ambiente di ricovero. Il paziente deve essere messo in condizione di acquisire la conoscenza dei luoghi e sapersi orientare nello spazio e nel tempo in cui è costretto a vivere. Vanno pertanto previste finestre che consentano il più possibile un'illuminazione naturale, pareti vetrate, dovrà essere garantita l'esplorazione dell'ambiente circostante e verso immagini rassicuranti.

Ai fini della progettazione, l'area intensiva sarà collocata in modo da essere facilmente raggiungibile dal Pronto Soccorso e dalle aree di riferimento (cardiologia, neurologia, gruppo operatorio, area interventistica) e ben collegata con la radiologia e il laboratorio analisi. Sarà fornita di un ingresso di servizio per i parenti, uno per i pazienti ed uno per il personale sanitario. I letti per i pazienti devono essere separati tra loro e i segni tecnologici quali monitor, sondini, tubi, cavi elettrici, allarmi sonori e visivi devono essere mimetizzati in modo da ridurre le immagini ignote ed allarmanti e la sensazione di dipendenza dalle macchine. Devono inoltre essere presenti segni che ricordano l'abitare normale. Il ricoverato sente il bisogno di avere scudi materiali alle spalle, quindi il letto non deve essere posizionato al centro della stanza e deve essere evitata l'esposizione agli sguardi di estranei nel rispetto della riservatezza e del pudore.

Ogni letto deve prevedere l'accesso a tutte le attrezzature per il supporto alle funzioni vitali. Secondo le più recenti indicazioni internazionali, l'area della terapia intensiva dovrà essere costruita in modo da favorire la flessibilità degli spazi e degli impianti per eventuali esigenze future. Si dovrà prevedere un'Area dedicata a

Centrale di controllo, che dovrebbe permettere il controllo visivo diretto dei pazienti e dei relativi monitoraggi.

Si dovranno prevedere appositi locali dedicati ai pazienti immunodepressi e/o contagiosi con gli accorgimenti impiantistici e strutturali conseguenti.

### **Area Post Acuzie**

Tale area accoglie persone provenienti da un ricovero per acuzie ed è dedicata specificamente alla allocazione di pazienti complessi/fragili, che hanno necessità di essere sottoposti ad un programma di recupero e/o riabilitazione e/o stabilizzazione continuativa, con diagnosi e piani terapeutici definiti.

L'assistenza erogata in quest'area consente una maggiore relazione con i familiari e la effettuazione di programmi educativi, riabilitativi di alta specializzazione con il fine di offrire al paziente e ai suoi familiari i consigli, le indicazioni e gli strumenti per gestire al meglio la cronicità e le eventuali disabilità residue.

Per la realizzazione di questi interventi, è necessario predisporre e realizzare un progetto riabilitativo individuale e personalizzato per ciascun paziente ed una pianificazione degli spazi che, a prescindere da quelli necessari alle ordinarie attività terapeutico-assistenziali, consenta:

- un adeguato svolgimento delle attività riabilitative specifiche (palestre e spazi per rieducazione funzionale)
- una adeguata integrazione del Team Multidisciplinare, garantendo informazione e addestramento ai familiari e a quanti, a vario titolo, possono essere coinvolti nell'assistenza del paziente dopo la deospedalizzazione.

Tale area deve prevedere ampi spazi dedicati alla riabilitazione funzionale: palestre dedicate, un'area di soggiorno con sala da pranzo annessa per consentire ai pazienti autosufficienti e in grado di muoversi liberamente di trovare il massimo comfort anche in un regime ospedaliero.

### **Area Attività Diurne**

Il modello assistenziale per Aree omogenee funzionali richiede che le attività diurne quali: prestazioni ambulatoriali, i day service ed i day hospital medici siano attigui e dislocati in un'area a facile accessibilità dall'esterno dell'ospedale e facilmente raggiungibili attraverso percorsi identificabili anche da segnaletica apposita. Si prevede la progettazione di sale per visite e prestazioni ambulatoriali, comprese quelle destinate alle attività svolte in regime di intramoenia. Vanno altresì previsti adeguati locali per tutte le attività di supporto: lavoro medico e infermieristico, colloquio, segreteria, accettazione, depositi. Va prevista un'area per l'attesa dei pazienti e dei loro famigliari che sia sempre connotata da elementi gradevoli, che facilitino l'attesa. È bene che tali aree siano separate pur mantenendo il contatto visivo con lo spazio dedicato ai percorsi e ai flussi di pazienti e personale all'interno della struttura. Dovranno essere spazi facilmente raggiungibili e riconoscibili, pensando che la maggior utenza sarà costituita da persone anziane e fragili.

### **Area Chirurgica**

Il gruppo operatorio deve essere unico e dotato di sale operatorie per l'attività "ordinaria" ed in urgenza, e per l'attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale "complessa". Il blocco operatorio deve essere ben collegato con l'area intensiva, con il Pronto Soccorso e la radiologia. Le sale operatorie dedicate l'attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale devono essere dedicate all'attività e quindi avere accesso separato e dedicato e collegato con l'area di gestione e degenza della day surgery stessa. Dovrà essere fatta particolare attenzione alla distinzione dei percorsi di sporco e pulito.

Le discipline afferenti al polo chirurgico saranno: ginecologia, urologia, ortopedia e chirurgie generale, toracica, pediatrica, plastica, maxillo facciale e neurochirurgia.

In linea con la normativa vigente e con le buone pratiche cliniche, il blocco operatorio sarà articolato in aree progressivamente meno contaminate. I degenti accederanno al blocco operatorio tramite accesso dedicato con area riservata al cambio letti.

La preparazione del paziente verrà effettuata nell'area "preparazione/risveglio" collegata alle sale operatorie, dove, in ambiente separato, sarà presente anche la zona lavaggio per il personale sanitario.

Dopo l'intervento, il paziente, su indicazione del chirurgo e dell'anestesista, potrà essere inviato direttamente in reparto attraverso tramite il medesimo accesso e dunque attraverso ascensori ad uso strettamente sanitario,

oppure osservato per un determinato periodo in apposita area interna al blocco operatorio. La strutturazione fisica e la dotazione impiantistica delle sale operatorie sarà concepita per una gestione integrata e pluridisciplinare delle specialistiche chirurgiche, nell'ottica del modello dell'ospedale per intensità di cure. La dotazione tecnologia consentirà l'utilizzo delle tecnologie più innovative per le attività chirurgiche. Lo schema organizzativo proposto può essere modificato e rimodulato sulla base di esigenze di volta in volta emergenti, grazie alla massima flessibilità offerta dalle soluzioni edilizie ed impiantistiche individuate. Saranno previste sale per interventi in robotica.

La degenza di Day-Surgery, dotata di posti letto, risulta funzionalmente collegata al Blocco Operatorio e in particolare alle sale dedicate.

Dovrà essere prevista la Centrale di sterilizzazione. Quest'area dovrà garantire, la sicurezza e l'efficacia di tutto il processo di sterilizzazione, sanificazione e sanitizzazione degli ambienti secondo i migliori standard di qualità.

## **Area Emergenza e Accettazione**

In merito ai processi di cura dell'urgenza - emergenza, sarà posta particolare attenzione alla suddivisione per gravità e urgenza subito al triage, indirizzando i casi ad aree di attività differenziate in base al diverso grado di intensità assistenziale richiesta. La struttura dovrà essere dotata di idonei percorsi orizzontali e verticali in funzione delle relazioni funzionali necessarie con i servizi di diagnosi e cura, il blocco operatorio, i reparti con alta intensità di cura, area esterna per elisoccorso, funzioni 118.

Il pronto soccorso dovrà essere dotato di una serie di servizi diagnostici dedicati alla funzione. In particolare occorrerà prevedere:

Un'area per il triage, box forniti di letti tecnici per la stabilizzazione e gli interventi di emergenza/urgenza per il trattamento, un'area di diagnostica per immagini fornita di TC, RX convenzionale ed ecografia.

È fondamentale lo studio di aree per la sosta e l'attesa degli utenti in base al diverso grado di intensità assistenziale richiesta evitando sovraffollamenti e disagi per le persone in difficoltà. Bisognerà prevedere un pronto soccorso pediatrico con accesso distinto da quello generale.

Si dovranno prevedere appositi locali dedicati ai pazienti immunodepressi e/o contagiosi con gli accorgimenti impiantistici e strutturali conseguenti.

.....

## **Area Laboratori**

Distinti in:

- Servizio trasfusionale, senza attività di produzione;
- Laboratorio generale che verrà allestito secondo le esigenze della struttura con arredi che differenzieranno le aree destinate alle varie specialità;
- Laboratorio di Anatomia patologica;
- In un'ottica di organizzazione efficiente degli spazi, le aree del Laboratorio di analisi e del Servizio di Anatomia patologica potranno condividere alcune funzioni e conseguenti, come per esempio la segreteria e la zona accettazione campioni.

## **Area Direzione Medica - Sanitaria e Amministrativa**

Le aree direzionali, ovvero la Direzione medica - sanitaria dell'Ospedale, le sale riunioni, una biblioteca ed un'area multimediale, così come gli studi medici potranno essere dislocati in zone separate, sebbene limitrofe alle aree di cura relative.

L'area amministrativa (direzione amministrativa di PO, provveditorato, settore tecnico, ecc) dovrà essere ubicata in area dedicata avendo cura di minimizzare le interferenze con le attività sanitarie.

## **Area Servizi Operativi**

Il Nuovo ospedale deve prevedere spazi dedicati alle seguenti attività:

- **Servizio di Emodinamica** (n. 3 sale). Tale struttura può contare su tutti i servizi di supporto previsti dalla



normativa vigente e dovrebbe essere strategicamente vicino alla Terapia Intensiva in modo da garantire massima sicurezza e rapido trasferimento in caso di emergenza;

- **Radioterapia;**

- **Medicina Nucleare / PET-TAC;**

- **Servizio di Endoscopia.** Il servizio di endoscopia sarà dotato di doppio accesso per i pazienti, uno per i pazienti ambulatoriali e l'altro per i pazienti interni (degenti ordinari, degenti diurni e pazienti provenienti dal Dipartimento emergenza-urgenza). Un ulteriore accesso sarà predisposto per il personale e le merci. In corrispondenza dell'accesso degli esterni, si collocano l'accettazione e attesa centralizzate, per accedere all'ambulatorio, alla sala diagnostica o all'apposita area di preparazione, secondo la tipologia dell'indagine diagnostica. Le sale diagnostiche saranno tra loro collegate e servite da percorso separato cui accedono le aree di supporto necessarie (area refertazione, area lavaggi endoscopi e disinfezione degli strumenti, depositi, ecc.). Quando necessario, dopo l'esame, il paziente viene trasferito in un'"attesa-osservazione protetta" per il controllo, riposo e recupero post indagine.

- **Servizi di diagnostica per immagini.** Quest'area specifica raggruppa tutte le funzioni diagnostiche dalla radiologia tradizionale: Radiologia, Senologia, TAC, Risonanza Magnetica, MOC, Ecografia, ecc., oltre alla medicina nucleare ed endoscopia che vengono trattate separatamente per le caratteristiche spaziali funzionali afferenti. Il servizio sarà dotato di almeno due accessi per pazienti, uno per gli ambulatoriali e l'altro per i pazienti interni (degenti ordinari e diurni, e quelli provenienti dal Dipartimento emergenza-urgenza). Un terzo accesso secondario, eventualmente articolato in ragione dei flussi afferenti, sarà riservato al personale e alle merci. In corrispondenza dell'accesso dei pazienti ambulatoriali, sarà predisposto un punto accettazione-cassa-restituzione referti. Le aree di attesa dovranno essere distribuite in corrispondenza d'ogni sala o gruppo di sale diagnostiche, dove il paziente viene indirizzato direttamente dall'accettazione. In corrispondenza dell'ingresso degli interni andrà invece realizzata un'area d'attesa centralizzata, predisposta per pazienti barellati, in carrozzina e deambulanti. Ciascuna diagnostica è dotata di almeno un servizio igienico e doppio spogliatoio passante per il paziente ambulatoriale, tra la zona d'attesa e la sala stessa, per permettere una maggiore efficienza e minori tempi d'attesa, un'area di controllo e comandi per il lavoro personale e un ulteriore accesso per il personale e i pazienti interni. Le postazioni di controllo saranno poste all'esterno delle sale diagnostiche; saranno tra loro comunicanti e afferenti all'area di servizio dove sono localizzati gli studi medici, le aree per la refertazione, i servizi per il personale e lo sviluppo.

- **Radiologia Interventistica;**

- **Servizio di dialisi,** dotato di letti tecnici, due dei quali con filtro di accesso per pazienti contumaciali. A tale scopo verranno definiti percorsi separati per trattamenti dialitici effettuati in ambiente ospedaliero e trattamenti dialitici effettuati in ambiente extraospedaliero, con criteri di accesso basati sulla instabilità clinica del soggetto e su livelli di rischio. Le aree destinate all'attività dialitica sono suddivise in stanze a 2 o 4 posti letto, con spogliatoio e bagno dedicato. Saranno previsti inoltre appositi locali dedicati all'addestramento del paziente alla dialisi domiciliare, la stanza attrezzata per il trattamento di pazienti con insufficienza renale acuta, oltre che i locali per le visite di controllo, per l'attività infermieristica, per il Trattamento acque e per la manutenzione delle apparecchiature.

## Servizi di Supporto

- Spogliatoi centralizzati distinti per sesso, dimensionati per la presenza massima di operatori che saranno in servizio nei diversi turni di attività, con armadietti dedicati. Attigui i servizi igienici dedicati al solo personale.
- Aree di supporto per le attività di Pulizie sia a gestione interna che esterna
- Aree di supporto per il servizio di Lavanolo (non aree di lavaggio, ma zone stoccaggio, consegne, guardaroba...)
- Aree di supporto per lo Smaltimento dei rifiuti
- Area attrezzata per il Servizio mensa per personale
- Servizio cucina per degenti, con area cucina interna all'Ospedale, il cui obiettivo sarà quello di garantire la massima qualità alimentare, grazie anche al ricorso a prodotti dell'agricoltura biologica. I flussi in ingresso è in uscita dalla cucina saranno differenziati, sia per quanto riguarda il personale che per quanto riguarda le derrate, i rifiuti, i carrelli puliti e i carrelli sporchi.
- Area di servizi religiosi con chiesa cattolica e sala multiculto.
- Dovranno inoltre essere previsti spazi per le seguenti attività:
  - Guardiania e manutenzione verde;
  - Laboratorio riparazione elettromedicali;
  - Officina per manutenzioni;
  - Locali e spogliatoi per squadre manutenzione;
  - CED e Locali centrali Dati - Fonia;
  - Locale gestione emergenze VVF;
  - Locale per la supervisione e controllo degli impianti
- Possibili servizi commerciali: Sportello bancario, Edicola e libreria, Ristorazione visitatori, Bar caffetteria, Servizi commerciali o di utilità sociale gestiti da terzi: es. Parrucchiere ecc:
- Aula Magna - Centro Congressi-
- Il centro Congressi, che potrà essere concepito come parte integrante dell'area didattica e del complesso ospedaliero, dovrà essere strutturato in modo da accogliere convegni, seminari e congressi. L'accesso dovrà avvenire da ingressi con reception e desk di registrazione centralizzate, inoltre dovrà prevedersi un'aula Magna con recettività di almeno 600 persone, un bar con: servizi igienici, uffici di segreteria, sala regia con attigui locali di deposito.

**Si precisa altresì che le precedenti indicazioni sono da considerarsi a titolo esemplificativo e non esaustivo. La proposta progettuale dovrà in ogni caso prevedere tutti i servizi e/o reparti previsti per un DEA di II livello dimensionati per i posti letto previsti**

### 3.1.4 I futuri servizi centralizzati

Nell'ambito di una razionalizzazione ed efficientamento della logistica questa ..... richiede di progettare il nuovo polo ospedaliero anche quale fulcro di importanti attività a livello aziendale, predisponendo la nuova struttura per poter svolgere le funzioni di un centro logistico per l'intera azienda.

I servizi che si intendono prevedere centralizzati sono i seguenti, con indicate le superfici minime da rispettare:

- Farmacia e depositi annessi (min. 1000 mq)
- Centrale di Sterilizzazione (adeguata ai fabbisogni aziendali min. 700 mq)
- Camera Bianca per la preparazione dei farmaci antitumorali (circa
- Centro Logistico per Approvvigionamento e stoccaggio materiali di consumo aziendali (min. 2000 mq)
- Archivi Clinici ed Amministrativi Aziendali (min. 2000 mq)

I locali ove insisteranno i servizi sopra citati dovranno essere collegati direttamente con il Presidio Ospedaliero e dovranno essere autonomamente fruibili ed accessibili da fornitori e/o corrieri. I flussi veicolari per l'approvvigionamento e la distribuzione, verso gli altri presidi ospedalieri e territoriali, di farmaci e merci devono essere studiati in modo da minimizzare e/o eliminare le interferenze con tutti gli altri percorsi interni e con le vie di accesso principale alla struttura ospedaliera. Considerata la particolare destinazione di tali servizi e la loro rilevante dimensione, particolare cura dovrà essere riservata nella fase progettuale alle problematiche di sicurezza e prevenzione dei rischi per la struttura sanitaria.

### 3.1.5 Caratteristiche e requisiti dell'opera

Il progetto del Nuovo Ospedale Civico di Palermo si dovrà ispirare a due principi fondamentali:

#### 1. **La centralità del paziente, l'umanizzazione dei luoghi di cura e la chiarezza dei percorsi di cura.**

Il nuovo Ospedale Civico dovrà essere espressione del diritto fondamentale alla tutela della salute per tutti i cittadini, in particolare per coloro che attraversano momenti di particolare bisogno e fragilità. Gli ambienti dovranno essere dunque a salvaguardia della dignità del paziente, della sua privacy; dovranno accogliere e guidare con chiarezza i cittadini nel percorso di cura specifico, assicurando comfort e gradevolezza. A tal fine la scelta dei materiali, dei colori, degli arredi saranno segno di attenzione verso coloro che necessitano di conforto e rassicurazione. Ogni elemento dell'ambiente ospedaliero deve essere pensato per facilitare il paziente e per rispondere alle sue esigenze: l'utente deve avere la possibilità di raggiungere autonomamente, se gli è possibile, luoghi di relax, di incontrare liberamente parenti e amici, di usufruire di aria e luce naturali e di entrare in contatto diretto con il verde. Parallelamente, anche chi lavora e opera nell'ospedale deve essere facilitato il più possibile nello svolgimento delle attività, deve poter lavorare, studiare, operare in condizioni di comfort ambientale e controllare facilmente ciò che accade intorno a lui. La principale esigenza degli utenti esterni, oltre a quella di trovare un luogo accogliente, è quella di non dover dipendere da terzi negli spostamenti. La progettazione dello spazio deve dunque garantire la chiarezza dei percorsi in modo che la segnaletica diventi solo un supporto e non l'unica guida.

Nell'ottica del comfort ambientale assume un'importanza fondamentale anche l'attenzione posta all'orientamento ed alla ricerca del luogo di destinazione, e quindi alla relazione dell'individuo con l'ambiente che lo circonda. Una particolare attenzione a queste componenti consentirà al personale medico e infermieristico/di supporto di perdere molto meno tempo ogni giorno per dare informazioni e indicazioni al pubblico. Una gerarchia chiara dei percorsi è quindi basilare per facilitare sia il controllo dello spazio che lo spostamento all'interno di questo.

2. **Efficacia e flessibilità nei percorsi di cura.** La salvaguardia della centralità del paziente richiede un'organizzazione delle attività secondo un modello organizzativo che prevede una stratificazione delle funzioni per diversa intensità di cura (così come previsto anche dal D.M. 70 del 2015). Mettere al centro i bisogni del paziente significa garantire, anche all'interno di una struttura istituzionalizzante, quale un ospedale, la flessibilità dei percorsi, ovvero la personalizzazione delle cure e dei percorsi diagnostici. Tale flessibilità implica reale integrazione tra le diverse componenti che si occupano della presa in carico ospedaliera dei pazienti: la parte amministrativo-burocratica, i servizi di supporto non sanitari e le differenti competenze cliniche e diagnostiche. In tal modo anche la modalità di cura ospedaliera potrà garantire da un lato l'offerta delle prestazioni che godono delle migliori evidenze disponibili e dall'altro il continuo rispetto delle esigenze peculiari di ogni singolo paziente. In linea generale, è possibile ipotizzare che i livelli di cura siano tre: il Livello 1 (intensivo e subintensivo), il Livello 2 (acuti) e Livello 3 (post-acuti). Fanno parte poi dei servizi erogati in ambito ospedaliero attività quali il Day service, il Day-hospital e le Prestazioni ambulatoriali. Tutto deve essere organizzato e strutturato per avere le caratteristiche di base e specialistiche di un ospedale sede DEA di 2 livello (Decreto del Ministero della Salute n.70 del 2 aprile 2015 DA 11 Gennaio 2019 - DGR N. 347 del 26.09.2019).

Si riportano di seguito indicazioni, prescrizioni o spunti da considerare nella progettazione per la quale si potrà fare riferimento al *Progetto di ricerca finalizzata (ex art. 12, Dlgs 502/92) Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza - Rapporto conclusivo pubblicato sul supplemento al n. 6 di Monitor - Novembre 2003:*

<b>Principi Guida Tecnici, Organizzativi e Gestionali</b>	
<b>Layout</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Separazione e leggibilità dei percorsi, organizzati secondo uno schema prevalentemente ortogonale, possibilmente ad anelli interconnessi, con collegamenti verticali posti sui nodi di intersezione.</li><li>● Prevalente aggregazione delle attività omogenee per piani orizzontali.</li><li>● Fermo restando l'organizzazione dipartimentale, la complanarità e l'articolazione degli spazi dipartimentali secondo l'intensità di cura e di assistenza; riduzione dei percorsi degli operatori sanitari di uno stesso dipartimento, mediante l'avvicinamento delle unità di degenza, diagnostiche e interventistiche di bassa, media e alta intensità, in uno schema prevalentemente orizzontale. ● Tutti i corridoi (sia quelli interni alle varie aree funzionali, sia quelli di collegamento fra aree diverse) dovranno essere progettati in base a principi di linearità e regolarità, evitando la presenza di nicchie, ostacoli e ingombri, derivanti da apertura delle porte, dotazioni antincendio impiantistiche sporgenti, etc.).</li><li>● In generale la progettazione architettonica degli spazi e dei corpi che comporranno l'edificio del nuovo Ospedale dovranno favorire l'illuminazione naturale, per tutti i locali ove è prevista la presenza non saltuaria di utenti e personale.</li><li>● La progettazione degli spazi deve garantire la complanarità dei percorsi orizzontali interni e, per quanto possibile, minimizzare la presenza di rampe anche nelle aree esterne.</li><li>● Ove sia previsto l'utilizzo di sostanze pericolose, dovranno essere dimensionati e organizzati adeguatamente gli spazi non solo per la gestione, ma anche per l'approvvigionamento e lo smaltimento in sicurezza di dette sostanze.</li><li>● Divieto di previsione di cavedi inaccessibili o con difficoltà di accesso per mezzi meccanici di adeguate dimensioni per le successive attività di manutenzione.</li></ul>
<b>Strutture</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Adozione di sistemi di smorzamento delle azioni sismiche, per ridurre significativamente le accelerazioni e consentire la continuità e lo svolgimento delle attività sanitarie in sicurezza. ● Previsione di carichi uniformi secondo norma e di carichi concentrati per apparecchiature sanitarie, con modalità progettuali e realizzative tali da consentire facili adattamenti anche nel caso di posizionamento di apparecchiature sanitarie non previste in fase di progettazione.</li><li>● Previsione di maglie strutturali con caratteristiche dimensionali e tecnologiche atte a favorire la massima industrializzazione del processo produttivo.</li><li>● Adozione di maglia strutturale preferibilmente 7,80 (e comunque 7,50 minima) nelle aree destinate a degenza al fine di consentire la realizzazione di spazi di agevole e idoneo utilizzo, compresa la efficiente ed agevole movimentazione dei letti di degenza.</li><li>● Valutazione del dimensionamento dell'altezza di interpiano e della possibilità/opportunità di prevedere un piano tecnico, sulla base delle esigenze, dei costi, di possibili miglioramenti nella gestione delle manutenzioni, delle altezze complessive dell'edificio, etc. Particolare attenzione dovrà essere posta al posizionamento delle macchine degli impianti nel senso di evitare quanto più possibile l'impatto ingombrante e visivo delle stesse ed il posizionamento sulle terrazze.</li></ul>
<b>Opere Civili</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Particolare attenzione andrà posta nella progettazione dell'involucro edilizio, con riferimento alle prestazioni termoigrometriche invernali ed estive, favorendo l'utilizzo di materiali e tecnologie sostenibili.</li><li>● Previsione di materiali e componenti durevoli, facilmente sanificabili, manutenibili e sostituibili.</li><li>● Progettazione attenta alla possibilità di future trasformazioni e modifiche, favorendo la minima interferenza possibile con le attività sanitarie.</li><li>● Progettazione attenta alle modalità di gestione e di realizzazione delle manutenzioni ordinarie, minimizzando costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li></ul>

<b>Impianti di fognatura e smaltimento acque bianche</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Progettazione di reti di raccolta separata per le acque nere, saponate e meteoriche, con idonei punti di conferimento e ispezione.</li><li>● Il sistema di allontanamento e contenimento degli scarichi radioattivi a servizio della Medicina Nucleare / PET TAC dovrà privilegiare la modalità di caduta per gravità.</li><li>● Previsione di un sistema di drenaggio delle acque meteoriche delle strade e dei piazzali, con separazione degli inquinanti, prima dell'eventuale recupero e immissione nella rete idrica superficiale.</li><li>● Previsione di pozzetti che consentano ispezioni e disinfezioni delle acque nere, prima dell'immissione nella fognatura comunale.</li><li>● Previsioni di sistemi di monitoraggio e controllo integrato e centralizzato degli impianti (Es. BACS).</li><li>● N.B. gli impianti di smaltimento acque bianche dovranno tenere in adeguata considerazione</li></ul>
	la particolare collocazione del Nuovo Ospedale in un'area limitrofa a zone classificate a rischio idrogeologico ed idraulico. Nella progettazione si dovrà altresì tenere conto degli eventi eccezionali di sempre maggior frequenza, adottando soluzioni progettuali idonee a garantire la continuità del servizio sanitario
<b>Impianti elettrici</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Previsione di adeguata ridondanza nel dimensionamento delle linee elettriche principali e delle carpenterie dei quadri elettrici.</li><li>● Mantenimento di doppia alimentazione dal punto di consegna fino ai quadri di zona, anche con percorsi fisicamente separati.</li><li>● Previsione di materiali e componenti durevoli, facilmente manutenibili e sostituibili.</li><li>● Progettazione attenta alla possibilità di future trasformazioni e modifiche, favorendo la minima interferenza possibile con le attività sanitarie.</li><li>● Progettazione attenta alle modalità di gestione e di realizzazione delle manutenzioni ordinarie, minimizzando costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li><li>● I dispositivi di controllo e di sezionamento degli impianti elettrici e speciali dovranno essere collocati in posizione adeguata non solo dal punto di vista normativo, ma anche dal punto di vista dell'accessibilità e della sicurezza delle procedure di gestione delle emergenze.</li><li>● Previsione di adeguati sistemi di alimentazione di emergenza e garanzia della continuità elettrica.</li><li>● Previsioni di sistemi di monitoraggio e controllo integrato e centralizzato degli impianti (Es. BACS).</li></ul>
<b>Impianti meccanizzati di trasporto ed elevatori</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Sistema di trasporto automatizzato - Ascensori, Montacarichi, Scale Mobili, piattaforme elevatrici ecc.,..</li><li>● Previsione di un sistema di trasporto leggero che connetta possibilmente tutti i punti di lavoro.</li><li>● Previsione di materiali e componenti durevoli, facilmente sanificabili, manutenibili e sostituibili.</li><li>● Progettazione attenta alla possibilità di future trasformazioni e modifiche, favorendo la minima interferenza possibile con le attività sanitarie.</li><li>● Progettazione attenta alle modalità di gestione e di realizzazione delle manutenzioni ordinarie, minimizzando costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li><li>● Previsioni di sistemi di monitoraggio e controllo integrato e centralizzato degli impianti (Es. BACS).</li></ul>
<b>Impianti di produzione e trasformazione dell'energia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Progettazione di impianti di captazione ed accumulo termico dell'energia solare.</li><li>● Progettazione di impianti di captazione fotovoltaica connessi con la rete d'alimentazione elettrica.</li><li>● Dimensionamento delle diverse fonti energetiche in modo da ottimizzarne il rendimento nei diversi scenari climatici e di mercato.</li></ul>

<b>Impianti di Telefonia, Rete dati, videosorveglianza e speciali</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Nella progettazione dell'impianto di trasmissione dati/fonia si dovrà tenere conto della strategicità dello stesso rispetto alle funzioni clinico amministrativi e la necessità di elevata sicurezza, performance e continuità funzionamento.</li><li>● Progettazione impianto di trasmissione dati WIFI.</li><li>● Progettazione impianti speciali: allarmi, sorveglianza, controllo accessi, chiamata infermieri, tv e multimedialità, secondo le più moderne tecnologie di informazione e comunicazione ICT ● Eventuale sistema di posta pneumatica e/o similare.</li></ul>
---	--

Le indicazioni contenute nel presente paragrafo sono indicative e non esaustive di tutti gli aspetti progettuali architettonici e impiantistici: in sede progettuale potranno essere richiesti approfondimenti su ulteriori aspetti non espressamente elencati e saranno apprezzati spunti e suggerimenti aggiuntivi.

I progettisti potranno proporre soluzioni che si discostano in tutto o in parte dalle indicazioni del seguente paragrafo e del presente documento in generale: in tal caso è richiesto di evidenziare esplicitamente vantaggi e-svantaggi delle soluzioni proposte in confronto a quanto previsto nel presente documento.

### 3.1.6 Il contesto normativo di riferimento

Il progetto dovrà essere redatto in conformità alle disposizioni normative vigenti espressamente richieste per i presidi ospedalieri in materia di:

- protezione antisismica;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza anti-infortunistica;
- igiene dei luoghi di lavoro;
- radioprotezione;
- dispositivi medici;
- telecomunicazioni e impianti di rete dati;
- protezione delle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche; ● impianti di distribuzione dei gas; ● materiali esplosivi.

In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, in quanto applicabili, alle disposizioni internazionali (europee). L'intervento dovrà essere conforme alle norme vigenti comprese quelle emanate da Enti ed

Organi competenti, anche di carattere locale, (VVF, Regione, Comune, Soprintendenza BB.AA.CC., ASP) nonché a tutte le regole UNI, CEI, ISO, ASHRAE, ASSISTAL, Eurocodici, ecc. relative a materiali, apparecchiature, impianti, modalità di esecuzione dei lavori e dei collaudi.

In particolare si riportano le principali leggi e norme di riferimento in materia di progettazione di impianti tecnologici:

## **Impianti Climatizzazione e Idrico Sanitari**

- D.M. 01/12/1975 e s.m.i.;
- D.M. 18 maggio 1976 e s.m.i.;
- Legge n. 10 del 9 gennaio 1991 e s.m.i.;
- DPR n.447 del 6/12/1991 e s.m.i.;
- D.P.R. n. 412 del 26 agosto 1993 e s.m.i.;
- D.M. 12/4/96 e s.m.i.;
- D.P.R. 14 gennaio 1997 "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" e s.m.i.;
- Decreto legislativo n. 192 del 19/08/2005 "Attuazione della direttiva 2002/91/CE relativa al rendimento energetico nell'edilizia" e s.m.i.;
- Decreto legislativo n. 311 del 29 dicembre 2006, "Disposizioni correttive ed integrative al D.L. 192/2005 recante attuazione della direttiva 2002/91/CE relativa al rendimento energetico nell'edilizia" e s.m.i.;
- D.M. n. 37 del 22 gennaio 2008 e s.m.i.;
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 59, del 2 aprile 2009 e s.m.i.;
- Norme UNI, UNI-CIG, UNI/CT;
- Normativa Serie ISO;
- Linee guida INAIL;
- Linee guida americane sugli impianti di ventilazione e condizionamento;
- D. Lgs. 31/2001; ● DM 174/2004;

Oltre a questi la progettazione dovrà essere redatta in conformità alle indicazioni sanitarie, dimensionali e organizzative espresse dall'Azienda e dalla Regione.

## **Vincoli Normativi e Autorizzativi**

Per quanto riguarda i procedimenti autorizzativi, l'opera è soggetta ai seguenti vincoli di legge, se necessari:

- 1) Soprintendenza paesaggistica e archeologica
- 2) Valutazione ambientale strategica
- 3) Valutazione impatto ambientale
- 4) Piano Urbanistico Comunale
- 5) Zona sismica
- 6) Parere igienico/sanitario
- 7) Vigili del Fuoco
- 8) Autorità di Bacino
- 9) Ministero Ambiente - SIN
- 10) Dipartimenti Regionali interessati (Salute, infrastrutture, urbanistica, ambiente, ecc.)



## Vincoli Relativi alle Funzioni Sanitarie

Fermo restando il rispetto di tutte le norme vigenti, nazionali e regionali, nonché il mantenimento di tutte le attività sanitarie essenziali, costituiscono vincoli specifici in fase progettuale e, successivamente, in fase realizzativa i seguenti punti:

- per quanto possibile, dovrà essere preferita la separazione fisica dei percorsi sporchi e puliti, non solo nei flussi ma anche per le aree di sosta temporanea;
- devono sempre essere garantiti collegamenti rapidi tra qualsiasi area sanitaria e l'area dell'emergenza, dell'interventistica e della diagnostica;
- deve essere garantito il rispetto dei criteri di distribuzione degli spazi sulla base dell'intensità di cura e di assistenza.

## Vincoli Relativi al Contesto - Accessi e Viabilità

La proposta progettuale dovrà tenere conto di queste ipotesi e suggerire una soluzione che, a seguito di una analisi attenta della situazione esistente, migliori l'accessibilità alla struttura ospedaliera, sia attraverso la viabilità ordinaria - locale.

La proposta progettuale dovrà anche tenere conto dell'accessibilità dei mezzi pubblici e dei parcheggi distinti tra quelli destinati al personale e quelli agli esterni.

Particolare attenzione dovrà essere posta al fine di distribuire gli accessi in maniera equilibrata lungo le vie di accesso che circondano il comprensorio, tenendo conto non solo delle diverse tipologie di utenti e della loro provenienza ma anche delle diverse modalità di spostamento degli utenti.

E' possibile modificare i limiti dell'area individuata qualora strettamente necessario o funzionale ad un sostanziale miglioramento dell'accessibilità all'area ospedaliera. Tale modifica non potrà eccedere il 5% dell'area di progetto e non dovrà comportare una modifica sostanziale della stessa.

## Posteggi

- In sede progettuale andrà definita la quantità precisa di posteggi da prevedere, rispondente alle effettive esigenze del complesso Ospedaliero e adeguata rispetto al contesto extra - urbano in cui si inserisce l'intervento.
- I posteggi potranno essere realizzati a raso o interrati, in considerazione delle esigenze funzionali dell'ospedale, delle caratteristiche del terreno. Dovranno essere evitati, laddove possibile, l'utilizzo sproporzionato di parcheggi interrati che comportano notevoli difficoltà di gestione. Dovrà essere comunque privilegiata l'impostazione progettuale che sia meno impattante nell'ambito paesaggistico.
- In primissima approssimazione sono stati stimati in totale circa mq 20.000,00 di superficie da destinare a parcheggi fra quelli a raso e interrati.

## Progetto Urbano

Il nuovo ospedale dovrà essere progettato prestando attenzione, oltre che alle esigenze funzionali e ai contenuti sanitari, anche agli aspetti architettonici e urbanistici, dialogando e integrandosi con il contesto circostante.

Alcuni spunti per la progettazione:

- attenzione all'impatto sul contesto circostante dell'altezza, della volumetria e delle facciate dei vari corpi che comporranno l'edificio del nuovo Ospedale;
- integrazione dei percorsi nel comprensorio (controllo degli accessi ove necessario, permeabilità della città ove possibile).

## **Spazi per la didattica, la diagnostica e i servizi generali**

In primo luogo si rappresenta la necessità di prevedere spazi da destinare ad aule per brevi seminari, studi e camere per degenze. Inoltre, occorre tener conto degli spazi in comune alle attività ospedaliere quali la diagnostica, ed i servizi generali.

## **Elisuperficie**

L'Area su cui insiste l'attuale Ospedale Civico è già dotata di una elisuperficie, è da valutare la possibilità di prevedere la collocazione della stessa in sommità al nuovo edificio da realizzare.

## **Servizi Centralizzati**

L'idea progettuale dovrà prevedere la centralizzazione di alcuni servizi aziendali strategici in accordo alle indicazioni inserite nel presente documento:

- Farmacia e depositi annessi
- Camera Bianca per la preparazione dei farmaci antiblastici
- Centro Logistico per Approvvigionamento e stoccaggio materiali di consumo aziendali
- Archivi Clinici ed Amministrativi Aziendali

## PARTE 4. Dimensionamento economico del Nuovo Ospedale Civico

### 4.1 Metodologia ed analisi

Le stime per il dimensionamento del nuovo ospedale vengono effettuate facendo riferimento a n. 505. posti letto. La dotazione di posti letto deriva dal DA del 22 Gennaio 2019, che qualifica il Nuovo ospedale Civico di Palermo come DEA di II Livello, con una dotazione in PL di n. 505, mentre n. 130 pl., rimangono nelle strutture già esistenti, per complessivi n. PL. 635.

In tale ipotesi si è previsto il seguente scenario di suddivisione dei Posti Letto:

Per tale presidio ospedaliero è stata stimata una superficie complessiva di circa 75.000,00, così ripartita:

Tipologia di Area Funzionale	DEA II Livello	Superficie mq
Degenze, area non critica	27%	20.250
Servizi Sanitari	25%	18.750
Degenze, area critica	5%	3.750
Reparti operatori	5%	3.750
Servizi collettivi	10%	7.500
Servizi generali	10%	7.500
Connettivi	9%	6.750
Locali tecnici	9%	6.750

In fase progettuale si richiede di tenere conto delle indicazioni in materia di servizi aziendali centralizzati.

Le superfici progettuali ipotizzate sono da ritenersi assolutamente indicative e possono essere oggetto di modifica in relazione al progetto proposto, fermo restando i vincoli economici di progetto stimati per i lavori.

I reparti con PL ed servizi diagnostici, ambulatoriali e di supporto dovranno tenere conto delle vigenti norme nazionali e regionali in materia di accreditamento delle strutture sanitarie.

Le stime economiche sono effettuate applicando metodologie sintetico-comparative consolidate dal confronto delle progettualità relative alla qualificazione edilizia e funzionale di presidi ospedalieri analoghi, procedendo per classi di intervento omogenee per contenuti ed obiettivi. In particolare si è tenuto conto della recente pubblicazione di IRES Piemonte ad oggetto "OSPEDALI - Costi teorici di costruzione e di manutenzione - 2019", oltre agli incrementi dovuti

Nelle stime non sono considerati gli oneri per le bonifiche, le infrastrutture non strettamente connesse all'organismo edilizio.

Sono stati stimati i costi per la gestione del transitorio e la logistica dei trasferimenti, presenti nel quadro economico di progetto.

Sono stati stimati i costi per gli arredi e le attrezzature, pari a € 60.000.000,00, previsti tra le somme a disposizione dell'amministrazione del quadro economico.

## 4.2 Stima dei costi per "Strutture, impianti e nodi tecnologici"

La stima è stata effettuata in funzione della tipologia e dello sviluppo di aree funzionali omogenee dalle quali si ipotizza sarà costituito il nuovo presidio ospedaliero. Le differenti tipologie di aree funzionali omogenee sono le seguenti:

- Degenze, area non critica;
- Degenze, area critica;
- Reparti operatori;
- Servizi Sanitari;
- Servizi Collettivi e Generali; ·  
Connettivi e locali tecnici.

Ciascuna tipologia di area funzionale omogenea è stata rapportata a un fabbisogno di risorse che varia in funzione dei requisiti da soddisfare, così come definiti dalla normativa per l'accreditamento delle strutture sanitarie, ovvero dalla normativa comunque applicabile.

Partendo da un costo unitario standard non contestualizzato alle differenti tipologie di aree funzionali omogenee, ciascuna tipologia di area funzionale omogenea è stato messo in relazione ad un opportuno coefficiente di ponderazione del costo unitario standard di riferimento in modo che lo stesso possa corrispondere puntualmente alle specificità dell'area alla quale si riferisce la valutazione.

In considerazione delle percentuali standard di mq per tipologia di servizi/reparti, si è ipotizzato un costo per posto letto pari ad **euro 444.519,80**. Tale costo comprende i costi per la realizzazione della scatola edilizia delle centrali tecnologiche.

La scatola edilizia contempla l'edificio e gli impianti, intesi come quelli che attraversano l'edificio e che risultano strettamente connessi all'opera edile.

I costi unitari standard non contestualizzati sono pari a **€/mq 3.300,00.**, in relazione alle dimensioni di quello che sarà il nuovo ospedale Civico di Palermo pari a circa **mq 75.000,00**.

I coefficienti di contestualizzazione (C) all'area funzionale dell'ambito i-esimo sono quelli riportati nella seguente tabella:

Destinazione Generale	Tipologia di Area Funzionale	Coefficiente
Aree Sanitarie	Degenze, area non critica	1,00
	Servizi Sanitari	0,80
	Degenze, area critica	1,20
	Reparti operatori	2,00
Aree Non Sanitarie	Servizi collettivi	0,80
	Servizi generali	0,80
	Connettivi	0,65
	Locali tecnici	0,65



Applicando i coefficienti di contestualizzazione ai costi unitari standard determinati per le macroclassi di aree funzionali (sanitarie e non sanitarie), i costi unitari di realizzazione riferiti alle differenti tipologie di aree funzionali sono quelli riportati nella seguente tabella.

Destinazione Generale	Tipologia di Area Funzionale	€/mq
Aree Sanitarie	Degenze, area non critica	3.300,00
	Servizi Sanitari	2.640,00
	Degenze, area critica	3.960,00
	Reparti operatori	6.600,00
Aree Non Sanitarie	Servizi collettivi	2.640,00
	Servizi generali	2.640,00
	Connettivi	2.145,00
	Locali tecnici	2.145,00

Le superfici attribuite alle diverse Aree Ospedaliere sono ricondotte alle aree funzionali omogenee di riferimento per le stime economiche come appresso riportato.

Destinazione Generale	Tipologia di Area Funzionale	DEA II Livello	Superficie	Coefficiente	€/mq	Importo
Aree Sanitarie	Degenze, area non critica	27%	20.250	1,00	3.300,00	66.825.000,00
	Servizi Sanitari	25%	18.750	0,80	2.640,00	49.500.000,00
	Degenze, area critica	5%	3.750	1,20	3.960,00	14.850.000,00
	Reparti operatori	5%	3.750	2,00	6.600,00	24.750.000,00
<b>Totale Aree Sanitarie</b>		<b>62%</b>	<b>46.500,00</b>			<b>155.925.000,00</b>
Aree Non Sanitarie	Servizi collettivi	10%	7.500	0,80	2.640,00	19.800.000,00
	Servizi generali	10%	7.500	0,80	2.640,00	19.800.000,00
	Connettivi	9%	6.750	0,65	2.145,00	14.478.750,00
	Locali tecnici	9%	6.750	0,65	2.145,00	14.478.750,00
<b>Totale Aree Non Sanitarie</b>		<b>38%</b>	<b>28.500,00</b>			<b>68.557.500,00</b>
<b>TOTALE</b>		<b>100%</b>	<b>75.000,00</b>			<b>224.482.500,00</b>
<b>TOTALE (con arrotondamenti)</b>		<b>100%</b>	<b>75.000,00</b>			<b>225.000.000,00</b>

Il costo di realizzazione così determinato esclude gli oneri esecutivi (ad esempio: I.V.A., spese tecniche, spese amministrative, somme per imprevisti, gestione contenzioso e realizzazioni, ovvero acquisizioni, in economia), ovvero - in senso lato - le somme a disposizione dell'Amministrazione.

Il costo di realizzazione include l'opera strutturale, edile ed impiantistica, intendendo con quest'ultima connotazione sia i nodi e le centrali tecnologiche a servizio generale del presidio ospedaliero (ad esempio: centrale termica, centrale frigorifera, centrale gas medicali, impianti speciali), sia le reti a stretto servizio dell'edificio, ossia le infrastrutture tecnologiche che costituiscono la sua distribuzione primaria e capillare, fino ai punti terminali di erogazione. In sostanza, le reti già considerate nella stima dei lavori sono le infrastrutture tecnologiche che si sviluppano congiuntamente alle strutture dell'edificio servendo gli ambiti che lo costituiscono.

Per la stima dell'ordine di grandezza del costo per la realizzazione dei parcheggi e delle aree esterne è stato costituito un repertorio di esperienze, dal quale sono stati dedotti i valori parametrici sotto riportati ed applicati alle superfici di progetto. Il costo riferito alle aree verdi comprende la realizzazione di aree verdi d'ambito o pertinenziali, quindi direttamente fruibili dall'utenza, e la sistemazione di un'area a parco naturale, anche tramite la realizzazione di opportuni percorsi per renderla accessibile.

Descrizione	Importo
Parcheggi Multipiano (.....)	12.000.000,00
Parcheggi "a raso" e viabilità interna (35.000 mq/1000 posti auto)	2.000.000,00
Aree a verde (..... mq)	1.000.000,00
Importo lavori demolizioni, riqualificazioni e collegamenti padiglioni esistenti	10.000.000,00

Il costo complessivo per la realizzazione della struttura ospedaliera sarà il risultato di quanto esposto sopra.

Descrizione	Importo
Scatola Edilizia + Centrali Tecnologiche	209.517.000,00
Parcheggi Multipiano (400 posti auto)	10.000.000,00
Parcheggi e viabilità interna (84.000 mq/)	1.000.000,00
Aree a verde (20.000 mq)	1.000.000,00
Importo lavori demolizioni, riqualificazioni e collegamenti padiglioni esistenti	5.000.000,00
<b>Totale Lavori</b>	<b>232.670.000,00</b>

Considerando l'opera edile, le strutture, gli impianti, i nodi tecnologici e le aree di pertinenza, il costo unitario medio di realizzazione del presidio ospedaliero, considerando una superficie di circa 70.000,00 m<sup>2</sup>, è pari a circa 3.323,86 €/m<sup>2</sup>.



La struttura complessiva del quadro economico dell'intervento è, pertanto, quella riportata nella seguente:

<b>Lavori per la realizzazione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo</b>				
A.1	<b>Importo dei lavori</b>			232.670.000,00
B.1	<b>Somme a Disposizione dell'Amministrazione</b>			
B.2	IVA sui lavori (10% di A.1)			23.267.000,00
B.3	Spese per il periodo transitorio e opere provvisionali			5.000.000,00
B.4	ATTREZZATURE TECNOLOGICHE E ARREDI			60.000.000,00
B.5	Altre somme a disposizione (Spese tecniche, amministrative, imprevisti, economie, fondo per contenziosi, allacci, commissione di gara, ecc)			63.063.000,00
<b>Totale Quadro Economico</b>				<b>384.000.000,00</b>

## **PARTE 5. Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Ospedale**

### **5.1 Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo**

In considerazione della complessità dell'iter tecnico-amministrativo per la realizzazione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo, tenuto specificatamente conto della necessità di un procedimento di approvazione del Progetto in variante allo strumento urbanistico (art. 7 Legge Regionale 65/81 e smi), si è deciso di intraprendere la procedura del concorso di idee ai sensi dell'art. 156 del D.Lgs 50/2016 e smi.

Nel caso di attuazione dell'intervento, il vincitore del Concorso, previa procedura negoziata senza pubblicazione di bando, ai sensi dell'art. 63 comma 4 del Codice, verrà incaricato delle successive fasi progettuali, della direzione dei lavori e del coordinamento della sicurezza, come indicato nello schema di calcolo dei compensi professionali allegato al disciplinare di concorso. La stazione appaltante affiderà tempestivamente al Vincitore, previa verifica dei requisiti di cui ai periodi successivi, il progetto di fattibilità tecnica ed economica dell'opera.

In tal caso, il vincitore dovrà dimostrare il possesso dei requisiti speciali di cui al paragrafo 3.3 anche ricorrendo, dopo la conclusione della procedura concorsuale, all'avvalimento ai sensi dell'art.89 del codice o alla costituzione di un raggruppamento temporaneo tra i soggetti di cui al comma 1 dell'articolo 46, così come stabilito dall'articolo 152, comma 5 del Codice.

Il compenso professionale, determinato in conformità al D.M. 17 giugno 2016 ed al D.Lgs 50/2016 e smi,, come da calcolo analitico allegato, risulta così sinteticamente articolato al netto di oneri previdenziali ed I.V.A.:

### **5.2 La procedura di individuazione della migliore idea progettuale**

La migliore idea progettuale sarà valutata da una commissione giudicatrice così composta: **MEMBRI TITOLARI**

- N. 1 rappresentante della Stazione Appaltante, con funzioni di Presidente;
- N. 1 esperto designato dall'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Palermo con comprovata esperienza in ambito di edilizia ospedaliera;
- N. 1 esperto designato dall'Ordine degli Architetti della Provincia di Palermo con comprovata esperienza in ambito di edilizia ospedaliera;
- N. 1 esperto nominato dalla Stazione Appaltante;
- N. 1 esperto, nominato dall'Assessorato Regionale della Salute.

#### **MEMBRI SUPPLEMENTI**

Per ogni titolare sarà nominato un membro supplente.

Il compenso previsto per i membri della commissione giudicatrice è quello previsto dall'art. 13 comma 7 del DPRS 13/2012.

A conclusione dei lavori, che sono di carattere riservato, la commissione redigerà il verbale finale, contenente la graduatoria del Concorso, con le motivazioni (per tutti i concorrenti). Tale verbale sarà pubblicato sul sito web del concorso. Non sono ammessi ex aequo per il primo classificato. La decisione della commissione è vincolante per l'Ente banditore che, previa verifica dei requisiti dei partecipanti, approverà la graduatoria mediante apposito provvedimento amministrativo. La Commissione Giudicatrice dovrà concludere i propri lavori entro il termine indicato nel calendario.

Agli autori di tutte le proposte meritevoli (primi tre classificati più eventuali altre proposte meritevoli di menzione), previo esito positivo della verifica dei requisiti degli stessi partecipanti, verrà rilasciato un Certificato di



Buona Esecuzione del Servizio, utilizzabile a livello curriculare,

quale studio di fattibilità, sia in termini di requisiti di partecipazione che di merito tecnico, nell'ambito di procedure di affidamento di servizi di architettura e ingegneria.

### **5.3 I tempi di realizzazione del progetto**

Nel caso di attuazione dell'intervento e, pertanto, di affidamento delle fasi successive della progettazione, dovranno essere rispettate le seguenti scadenze:

- progetto di fattibilità tecnica ed economica - elaborati per variante urbanistica: **entro 45 giorni** dal conferimento dell'incarico e comunque su espressa richiesta della Stazione appaltante;
- progetto di fattibilità tecnica ed economica - ulteriori elaborati rispetto al punto precedente: **entro 30 giorni** dalla espressa richiesta della Stazione appaltante;
- progetto definitivo: **entro 120 giorni** dall'approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica e comunque su espressa richiesta della Stazione appaltante;
- progetto esecutivo: **entro 60 giorni** dall'approvazione del progetto definitivo e comunque su espressa richiesta della Stazione appaltante.

Per la tempistica si considerano i giorni naturali consecutivi di calendario.

### **5.4 La procedura di affidamento dei lavori di costruzione del Nuovo Ospedale Civico di Palermo**

I Lavori di realizzazione del Nuovo Ospedale verranno aggiudicati mediante procedura aperta sulla base del progetto esecutivo redatto dai progettisti incaricati, a seguito dell'avvenuta verifica e validazione ed approvazione in linea tecnica ed amministrativa dello stesso secondo la specifica normativa regionale in materia di Lavori Pubblici.

Verrà stabilito nelle successive fasi di progettazione il criterio di aggiudicazione dei lavori.



## CONCLUSIONI

### Cronoprogramma fasi attuative

FASE	TEMPI
Individuazione Area	Eseguita
Acquisizione Progetto Preliminare del Nuovo Ospedale .....	7-9 mesi
Variante Urbanistica sull'area - Ex art. 7 L.R. 65/81 e smi	6-8 mesi
Definizione Progettazione Esecutiva del Nuovo .....	4-6 mesi
Indizione Gara per i lavori di realizzazione	2-4 mesi
Aggiudicazione gara per i lavori e posa prima pietra	4-6 mesi
Esecuzione dei lavori	84-120 mesi
Collaudo e accreditamento del Nuovo Ospedale .....	12 mesi

### Quadro Economico

<b>Lavori</b>		232.670.000,00
<b>Somme a disposizione</b>		
IVA su lavori		23.267.000,00
ALTRE SOMME (SPESE TECNICHE, AMMINISTRATIVE, IMPREVISTI, ECONOMIE, FONDO PER CONTENZIOSI, ALLACCI, COMMISSIONI DI GARA, ECC.)		63.063.000,00
SPESE PER IL PERIODO TRANSITORIO e opere provvisionali		5.000.000,00
Attrezzature tecnologiche e arredi (IVA compresa)		60.000.000,00
<b>Totale somme a disposizione</b>		<b>151.330.000,00</b>
<b>Costo Complessivo I.V.A. compresa</b>		<b>384.000.000,00</b>

La copertura finanziarie dell'intervento del costo complessivo di € 384.000.000,00.. è assicurata (ripartita nelle quote 95% stato e 5% regione) dai fondi art. 20 legge 67/88 .

PIANO FINANZIARIO					
Importo complessivo	art. 20 complessivo	Stato (95%)	Regione (5%)	Alienaz beni imm	Cofinanziam. privati
	384.000.000,00	364.800.000,00	19.200.000,00		



## **INTERVENTO N. 3**

### **Costruzione del Nuovo Policlinico di Palermo**

#### **Art. 20 legge 67/88**



## Sommario

Premessa .....	
PARTE 1 . Inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico finalizzato alla realizzazione del Nuovo Ospedale Policlinico .....	
L'area di intervento .....	
Strumenti di pianificazione sovraordinata .....	
Inquadramento geologico, geografico e cartografico .....	
Mobilità, accessibilità e reti idriche e fognarie attuali .....	
Studi preliminari e relazioni specialistiche sull'area individuata .....	
PARTE 2. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" .....	
Il contesto interno ed esterno .....	
La rete Ospedaliera situazione programmata D.A. 22/2019 + 614 2020 .....	
PARTE 3. Il Nuovo Policlinico .....	
Indicazioni per la progettazione .....	
Rifunzionalizzazione Complesso Ospedaliero Via del Vespro 129 .....	
Modello funzionale ed organizzativo .....	
Caratteristiche e requisiti dell'opera .....	
Il contesto normativo di riferimento .....	
PARTE 4. Dimensionamento economico del Nuovo Ospedale Policlinico .....	
Metodologia ed analisi .....	
PARTE 5. Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Policlinico .....	
La procedura di individuazione della migliore idea progettuale .....	
I tempi di realizzazione del progetto .....	
La procedura di affidamento dei lavori di costruzione del Nuovo Policlinico .....	
CONCLUSIONI .....	

## Premessa

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Paolo Giaccone, costituita con la Legge Regionale del 14 aprile 2009 n. 5, è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative nazionali e regionali.

Sede di DEA di secondo livello, costituisce per l'Università degli Studi di Palermo l'ente di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca e ne garantisce la reciproca integrazione.

Il progetto originale fu affidato al Prof. Zanca e comprendeva la costruzione di una decina di cliniche, classico esempio di struttura a padiglioni, ognuno dei quali destinato a una specializzazione precisa.

I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale.

L'attuale patrimonio immobiliare, ove è allocato il complesso ospedaliero, non risulta adeguato ai modelli organizzativi, gestionali e sanitari contemporanei.

La struttura a padiglioni risalenti agli anni '50 risulta obsoleta ed inadeguata non solo dal punto di vista dello stato delle opere murarie e delle caratteristiche costruttive, ma anche e soprattutto per quanto concerne l'inadeguatezza tecnologica ed impiantistica che si riverbera sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria che viene, pertanto, appesantita dall'esistenza di padiglioni scollegati fra loro.

L'area esterna è, assolutamente insufficiente al fabbisogno di parcheggi per i mezzi di servizio e soccorso, utenza e personale.

Per tale motivo, nonostante i ripetuti tentativi di riorganizzazione degli spazi, la stessa si presenta caotica e disorganizzata.

La struttura ospedaliera è situata nel cuore della città, con immaginabili difficoltà di accesso veloce dalle aree metropolitane o periferiche.

La divisione delle aree che caratterizza l'attuale plesso ospedaliero, è poco funzionale con aspetti negativi che riguardano soprattutto gli elevati costi, i percorsi di collegamento troppo lunghi e l'impossibilità di un'adeguata sorveglianza.

Risulta quindi evidente che un ospedale monoblocco possa risolvere molti di questi problemi, garantendo dei percorsi di collegamento più corti e verticali, minori costi e la centralizzazione di molti servizi

L'Azienda ha avviato iter per la realizzazione di un nuovo Ospedale che possa rispondere alle esigenze di una moderna sanità.

Il progetto del nuovo Ospedale Universitario da realizzarsi in un'area del Campus di Viale delle Scienze, in prossimità degli svincoli dell'autostrada, con viabilità urbana ed extraurbana caratterizzata da rapidità di collegamento con la città e il territorio, non condizionata da problemi di congestione del traffico né da inquinamento acustico.

Il nuovo Complesso Ospedaliero, una volta realizzato e reso operativo, è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, in quanto costruito con fondi ex art.20 della legge 67/88.

L'area individuata consente di disporre di una superficie sufficientemente ampia per l'adozione di un modello architettonico a bassa intensità edilizia, in linea con le più recenti indicazioni relative alla realizzazione di nuove strutture sanitarie e con relativo abbassamento dell'impatto paesaggistico.

Inoltre l'estensione territoriale consente la realizzazione di ampie zone destinate a parcheggio, nonché

all'eliporto.

La progettazione di un monoblocco dal layout più moderno e razionale, permetterà al personale sanitario di dedicarsi il più possibile all'assistenza senza perdere parte del tempo in spostamenti causati da spazi poco user-friendly, uno spazio più razionale permetterà l'ottimizzazione dei percorsi sia dei pazienti, che delle persone e del materiale, consentirà inoltre la condivisione di know-how e best-practice.

Assistere il paziente sarà più facile in una struttura dal layout più razionale e simmetrico. L'attenzione alla forma architettonica, in coerenza con la destinazione d'uso dell'immobile, rappresenta un fattore che può influenzare enormemente la qualità di assistenza erogata ai pazienti.

La costruzione del nuovo Ospedale permetterà di ottimizzare gli spazi in una struttura moderna e razionale che possa essere punto di riferimento per l'intera popolazione.

Il nuovo Ospedale sarà in grado di conciliare le complessità tecnologiche con la dimensione umana per offrire all'utenza ambienti idonei e accoglienti ma anche sicuri e coinvolgenti per gli operatori in esso impiegati. Il nuovo ospedale introdurrà standard quali - quantitativi, ambientali, impiantistici e tecnologici in grado di garantire elevati livelli prestazionali in relazione al comfort alberghiero, alla funzionalità ed alla sicurezza. L'assetto distributivo della struttura sanitaria sarà caratterizzato inoltre dall'articolazione in aree funzionali interconnesse ed organizzate in base alle esigenze di correlazione tra i servizi che le compongono.

La costruzione del nuovo ospedale consentirà di raggiungere i seguenti benefici;

- migliore accessibilità da parte dell'utenza cittadina e territoriale;
- diminuzione dei costi di manutenzione grazie alla realizzazione di strutture ed impianti con tecnologie avanzate e più efficienti dal punto di vista energetico;
- possibilità di ampliare i servizi sanitari con l'acquisto di nuove tecnologie in grado di aumentare il livello di attrazione, la riduzione della mobilità passiva e delle liste d'attesa.

Nel modello proposto il nuovo Ospedale sarà in grado di rispondere alle nuove esigenze sanitarie indotte dai cambiamenti in corso dall'invecchiamento della popolazione al rapido evolversi della medicina con l'introduzione di nuove tecnologie sempre più innovative. In questo contesto, si registra una crescita delle attese dei consumatori soprattutto in tema di qualità del sistema. La qualità percepita assume sempre maggiore importanza poiché il paziente è anche cliente e sceglie nel mercato le strutture che più lo soddisfano. L'obiettivo del progetto è quello di creare un punto di riferimento nella Regione per la garanzia del soddisfacimento dei LEA, il recupero di flussi di mobilità passiva e il raggiungimento di livelli qualitativi elevati sulle prestazioni mettendo al centro dei percorsi di cura il paziente.

## PARTE 1 . Inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico finalizzato alla realizzazione del Nuovo Ospedale Policlinico

Inquadramento territoriale :

- L'area di intervento
- Strumenti di pianificazione sovraordinata
- Inquadramento geologico, geografico e cartografico
- Mobilità, accessibilità e reti idriche e fognarie attuali
- Studi preliminari e relazioni specialistiche sull'area individuata
- Relazioni Specialistiche a cura dell'Ufficio Speciale Progettazione della Regione Siciliana

### L'area di intervento

Il campus di Parco D'Orleans destinato alle funzioni di didattica e di ricerca dell'Ateneo, si estende lungo via Ernesto Basile, alla periferia sud della città, all'interno del parco d'Orleans ed è attraversato per tutta la sua lunghezza da viale delle Scienze. Al suo interno hanno sede le diversi Dipartimenti universitari oltre a residenze universitarie, mense e servizi vari (mense, banca, punti ristoro etc.).

L'area identificata per la realizzazione del nuovo Policlinico, dove potrebbe considerarsi la possibile edificazione dello stesso previa variante al vigente strumento urbanistico, fa parte della cittadella Universitaria di Viale delle Scienze di proprietà dell'Ateneo e corrisponde all'area attualmente destinata a parcheggio (particella 1165) (Figura n.1), di estensione pari a circa 30.000 m<sup>2</sup>, concessa agli inizi degli anni 2000 in comodato d'uso al Comune di Palermo per la realizzazione del parcheggio a raso oggi esistente. Si tratta quindi di area già urbanizzata e impermeabilizzata, che non impatta su aree verdi o parchi e che non pone la necessità di demolizione di edifici o tantomeno l'esproprio di particelle alcune (nella tavola di PRG 5013 allegata risulta area a parcheggio senza alcun vincolo).



*Figura n°1: Immagine del campus e dettaglio dell'area individuata.*

In tale area, tenuto conto della prevedibile tipologia di edificio, trova più idonea la allocazione, sotto il profilo funzionale, di edifici (anche unico, a seconda degli sviluppi progettuali) con un ridotto numero di piani e una prevalente estensione in pianta, per cui nell'area di che trattasi ipotizzando un unico edificio a 4 elevazioni fuori terra oltre a 2 piani interrati adibiti a parcheggio, si può ipotizzare la realizzazione di una superficie complessiva lorda in pianta adibita a funzione ospedaliera paria circa 80.000 m<sup>2</sup> oltre a 30.000 m<sup>2</sup> di parcheggi interrati.

### **Strumenti di pianificazione sovraordinata**

Con D. Dir. 124/02 e 558/02 è stato approvato il P.R.G. della Città di Palermo che destina l'area del comprensorio Parco d'Orleans, estesa originariamente circa Ha 85, parte a zona F11 (Università), parte inibita all'uso edificatorio, parte a zona F4 (Parco urbano) parte a zona F19 (Luna Park) e parte a Parcheggio pubblico di interscambio (trattasi dell'area identificata).

Le superiori destinazioni sostituiscono le originarie previsioni sia con riferimento alle superfici delle zone sia con riferimento alle volumetrie; quindi fatte salve le volumetrie già realizzate, ogni nuova volumetria resta subordinata all'approvazione di un piano attuativo unitario che dovrà essere approvato dal Consiglio Comunale.

Si precisa, tuttavia, che l'incidenza della nuova cubatura, pari orientativamente a 400.000 mc (ove si consideri altezza di interpiano di 5,00m per la complessiva superficie stimata in 80.000 mq), comporta un aumento dell'indice di edificabilità molto contenuto se rapportato all'intera estesa dell'area non soggetta a vincolo di inedificabilità, pari a oltre Ha 30, e dovrà essere valutata per una parziale destinazione a zona F2, con una visione complessiva del Campus, nel suo insieme.

*Si allegano lo stralcio delle N.d.A. riportante l'art. 19 e le TAV 5011 e 5013 con la zonizzazione.*

### **Inquadramento geologico, geografico e cartografico**

La cittadella universitaria di Parco D'Orleans, localizzata nella porzione meridionale della città di Palermo, a circa m 40,00 sul livello del mare, è caratterizzata da una morfologia molto blanda, se non addirittura pianeggiante, con valori di pendenza media estremamente bassi.

L'idrografia superficiale è del tutto assente, in relazione, non soltanto al buon grado di permeabilità dei terreni rocciosi costituenti il sottosuolo, ma anche alla ormai estesa impermeabilizzazione data dai manti stradali e dai manufatti urbani. Tuttavia si rileva un evidente gradino morfologico, con pareti di alcuni metri di altezza, che delimita i resti dell'antica incisione valliva denominate Fossa della Garofala, in gran parte colmata, in cui un tempo scorreva il Torrente Kemonia: in ogni caso si tratta di aree lontane da quella identificata per la nuova edificazione.

Seppure la presenza della cortina urbana (edifici, manti stradali, manufatti, ecc.) non consenta l'esecuzione di un accurato rilievo geomorfologico dei terreni, si può in ogni modo affermare che non sono presenti nell'area elementi morfodinamici attivi, né tantomeno elementi che possono indurre a diagnosticare l'esistenza di fenomeni gravitativi in atto a potenziali. Indagini e osservazioni eseguite all'interno del Campus non hanno evidenziato l'esistenza di fenomeni di dissesto da imputare a movimenti orizzontali e/o verticali dei terreni in posto. L'assenza di fenomeni di dissesto trova riscontro nel Piano Straordinario per l'Assetto Idrogeologico (D.A.R.T.A. n. 298/41 del 04.07.2000 e successive integrazioni).

### **Mobilità, accessibilità e reti idriche e fognarie attuali**

Il campus universitario è direttamente accessibile dalla via Ernesto Basile, risultando così collegato, attraverso apposito svincolo, alla maggiore arteria di scorrimento della città, il Viale della Regione Siciliana, che costituisce il tratto urbano di connessione alle autostrade A19 (Palermo –Catania), A20 (Messina – Palermo) e A29 (Palermo – Mazara del Vallo) oltre che alla rete della viabilità statale e secondaria della provincia di



Palermo. L'area è quindi servita dalle linee del trasporto pubblico locale su gomma, sia urbano (AMAT) che extraurbano (AST), di collegamento della città di Palermo con le principali località dell'entroterra non servite da servizi ferroviari.

Oltre a costituire importante punto di accesso alla città con modalità stradale, l'area è interessata da importanti sviluppi della rete di trasporto pubblico di massa a guida vincolata, essendo servita dalle linee C (Basile – Giachery) e D del sistema Tram di Palermo, in corso di appalto, che consentono di garantire il servizio di collegamento tra il Campus e la stazione Centrale di Palermo, e garantisce l'accessibilità, tramite la connessione alle altre reti tramviarie esistenti o in corso di realizzazione, agli altri quartieri cittadini e alle borgate marinare di Mondello e Sferracavallo.

Ancora, all'uscita sud del Campus si trova immediatamente connessa la fermata Orleans del Passante Ferroviario di Palermo, posta sulla tratta urbana della linea Palermo-Trapani, che consente quindi l'accesso al servizio ferroviario regionale.

Per quanto sopra, l'area individuata si presenta come altamente accessibile, in considerazione dell'alta domanda potenziale che la interessa, si presenta già ampiamente infrastrutturata con un'offerta di trasporto multimodale adeguata anche alla nuova funzione proposta, con la localizzazione del Nuovo Policlinico, oltre che dotata di urbanizzazione primaria e allacci alle reti idriche e fognarie esistenti.

### **Studi preliminari e relazioni specialistiche sull'area individuata**

Non sono attualmente disponibili ulteriori studi preliminari e relazioni specialistiche sull'area, che dovranno essere oggetto di approfondimento nel documento di fattibilità delle alternative progettuali.

## **PARTE 2. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone"**

### **Il contesto interno ed esterno**

L'Azienda Ospedaliera, è una struttura di riferimento per tutto il panorama della Sicilia centrooccidentale e opera nell'area metropolitana di Palermo, il cui territorio coincide con quello della preesistente provincia, che si estende su una superficie di 5.009 km<sup>2</sup>.

L'Azienda offre al proprio bacino di utenza, proveniente dalla suddetta area metropolitana e da parte delle province di Agrigento, Trapani e Caltanissetta, tutte le prestazioni ospedaliere previste dall'Assessorato Regionale Salute e per alcune branche è Centro di Riferimento Regionale.

Elemento caratterizzante del Policlinico è l'essere sede della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Palermo e, pertanto, ha come obiettivo lo svolgimento unitario e coordinato delle attività di assistenza, didattica e ricerca, favorendo il trasferimento delle conoscenze acquisite con la ricerca clinica e l'adozione di nuove tecnologie nell'attività assistenziale e partecipando al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università anche attraverso la valorizzazione del personale in formazione.

L'Azienda Ospedaliera Policlinico Paolo Giaccone organizza e gestisce le attività assistenziali in condizioni di autonomia, erogando prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario in area medica e chirurgica, in elezione e da pronto soccorso, in day surgery e in day hospital, eroga prestazioni ambulatoriali e di day service.

Persegue obiettivi di miglioramento della qualità a tutti i livelli, con le seguenti finalità:

- Erogare in modo efficiente prestazioni sanitarie e assistenziali, da quelle di base a quelle di alta complessità, appropriate e di efficacia scientificamente dimostrata, avendo attenzione ai bisogni psicologici e sociali delle persone assistite;
- Garantire adeguati supporti assistenziali e attiva partecipazione alle attività di formazione in campo biomedico e sanitario della Scuola di Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie;
- Favorire l'attività di ricerca, specialmente quella con significative e positive ricadute sull'attività assistenziale e di formazione.

L'attività assistenziale, di didattica e di ricerca assicurate consentono all'Azienda di collocarsi nelle reti assistenziali della Regione come polo di offerta di alta specialità grazie all'elevato livello clinico- scientifico conseguito negli anni dai professionisti che operano nella struttura, offrendo risposta ai fabbisogni di salute dei cittadini anche attraverso la presenza di numerosi Centri di Riferimento Regionali.

Concorre al perseguimento degli obiettivi istituzionali della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo, assicurando processi di assistenza idonei allo sviluppo della didattica e della ricerca coerenti con la politica sanitaria regionale.

Persegue tale missione attraverso un'autonoma strategia gestionale finalizzata a realizzare le massime sinergie con l'Università e a garantire l'equilibrio economico attraverso efficacia, efficienza e qualità; sviluppa così il vantaggio competitivo con cui assicura un contributo unico ed imprescindibile alla realizzazione del circolo virtuoso in cui si integrano formazione, ricerca scientifica ed attività assistenziale.

L'Azienda concorre nella specificità del proprio ruolo e dei propri compiti al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Sviluppo dell'eccellenza, attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e di modelli organizzativi e gestionali innovativi, atti a garantire un ambiente favorevole per l'espressione dell'eccellenza clinica e

assistenziale, per lo sviluppo dell'attività di ricerca e di sperimentazione e per la valorizzazione delle risorse professionali;

- Sviluppo di programmi di governo clinico, attraverso politiche di prevenzione, formazione e promozione, atti a gestire e contenere i rischi e al contempo innalzare i livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza e delle prestazioni sanitarie;
- Centralità dell'utente ed equità di accesso nel rispetto del principio di centralità dei bisogni dell'utente, garantito sulla base di modelli improntati alla maggiore flessibilità e funzionalità organizzativa, fondata su percorsi e protocolli assistenziali integrati e multidisciplinari. Il principio di equità di accesso è garantito dalla costante ricerca di una corretta allocazione delle risorse, atte a determinare una costante e continua rimodulazione dell'offerta di prestazioni in rapporto alla qualità e quantità della domanda, con particolare riferimento a quelle ad alto contenuto professionale tecnologico;
- Partecipazione dei cittadini, proprio in attuazione del principio di centralità del cittadino-utente, cui l'azienda riconosce il diritto di partecipazione, anche tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti;
- Partecipazione e sviluppo delle risorse umane, investendo sui professionisti e sulla loro formazione continua al fine di offrire ai cittadini servizi sempre più qualificati. Nell'elaborazione delle strategie aziendali e nella definizione dei percorsi assistenziali, la Direzione opera attraverso un approccio interdisciplinare e interprofessionale, promuovendo il pieno e attivo coinvolgimento dei professionisti;
- Promozione della qualità dei servizi, attraverso l'implementazione di processi di miglioramento continuo della qualità conformi alle esigenze dell'utente, del professionista e dell'organizzazione coniugando qualità clinica, relazionale e organizzativa.

In linea con le indicazioni regionali contenute nel decreto di riordino della rete ospedaliera, l'Azienda ha avviato la ridefinizione della propria offerta assistenziale in relazione alla tipologia della casistica trattata, sempre più caratterizzata da patologie croniche e oncologiche e conseguentemente ha attuato un'importante riorganizzazione dei dipartimenti e delle unità operative per migliorare l'efficienza interna.

La finalità generale cui si ispira tale modello è quello di garantire, nell'ambito della logica di produzione, efficacia delle risposte sanitarie, adeguati livelli di qualità e sicurezza, in condizione di distribuzione equa delle risorse a livello aziendale ma anche in collaborazione con le altre Aziende sanitarie dell'area metropolitana per lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali condivisi, in un'ottica di integrazione di Rete.

La collaborazione con altre Aziende, da realizzare attraverso l'istituzione di Dipartimenti Interaziendali Funzionali, è finalizzata al perseguimento dei seguenti obiettivi generali:

- sviluppare percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione per la definizione di reti in grado di rispondere in modo esaustivo e appropriato ai bisogni di salute degli utenti;
- utilizzare in comune le tecnologie, i professionisti e le risorse critiche, per la razionalizzazione delle attività con investimenti rilevanti e la realizzazione di aree di integrazione;
- ricercare, mettere in comune e applicare procedure amministrative, tecniche e gestionali attraverso l'utilizzo integrato delle conoscenze e delle competenze specifiche;



- eliminare i fenomeni di duplicazione delle attività e dei costi ad esse connesse;
- implementare contesti innovativi e avviare attività che comportino l'uso di tecnologie nuove o ad alto costo.

Altro obiettivo importante è garantire ai cittadini la continuità assistenziale attraverso l'integrazione e il dialogo tra le figure professionali che operano in ambiente ospedaliero e in ambito territoriale per migliorare, da una parte, l'appropriatezza dell'accesso ai servizi ospedalieri e dall'altra per assicurare un'efficace presa in carico dei pazienti dimessi.

L'azienda in virtù della sua missione, assicura l'inscindibilità e la coerenza fra l'attività assistenziale e le esigenze della formazione e della ricerca, sviluppando metodi e strumenti di collaborazione tra il SSR e il sistema formativo tali da rispecchiare la comune volontà di perseguire congiuntamente obiettivi di qualità, efficienza e competitività rispetto alle esigenze assistenziali, alla formazione del personale e al potenziamento della ricerca biomedica e clinica in un'area particolarmente rilevante e centrale qual è quella metropolitana di Palermo.



## La rete Ospedaliera situazione programmata D.A. 22/2019 + 614 2020 e s.m.i.

Codice	Discipline	PL RO + DH situazione programmata D.A. 22/2019 + 614 2020 e smi
9	Chirurgia generale	67
26	Medicina generale	72
36	Ortopedia e traumatologia	16
37	Ostetricia e ginecologia	18
5	Angiologia	4
8	Cardiologia	12
11	Chirurgia pediatrica	11
12	Chirurgia plastica	18
13	Chirurgia toracica	8
14	Chirurgia vascolare	10
18	Ematologia, immunoematologia	12
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	14
21	Geriatrics	14
29	Nefrologia	8
32	Neurologia	19
33	Neuropsichiatria infantile	1
34	Oculistica	4
35	Odontoiatria e stomatologia	3
38	Otorinolaringoiatria, audiologia	8
40	Psichiatria	13
43	Urologia	18
51	Astanteria/MCAU	15
52	Dermatologia, dermosifilopatia	3
58	Gastroenterologia	18
64	Oncologia	12
68	Pneumologia	8
71	Reumatologia	3
78	Urologia pediatrica	3
7	Cardiochirurgia	18
24	Malattie infettive e tropicali	16
30	Neurochirurgia	12
62	Neonatologia	7
49	Servizio di rianimazione e terapia intensiva	31
50	Unità terapia intensiva coronarica	12
73	Terapia intensiva neonatale	8
56	Recupero e riabilitazione funzionale	12
60	Lungodegenti	8
96	Terapia del dolore	4
31	Nido	
69	Diagnostica per immagini con radiologia interventistica	
<b>Totale PL</b>		<b>540</b>

## PARTE 3. Il Nuovo Policlinico

### Indicazioni per la progettazione

Il progetto del nuovo Ospedale Universitario da realizzarsi in un'area del Campus di Viale delle Scienze in prossimità degli svincoli dell'autostrada, dovrà configurarsi come un complesso organismo tecnologico e urbano, capace di dare forma e spazio al sistema di relazioni che lega pazienti, comunità locale e ambiente con vocazione all'innovazione.

Un polo adibito non solo alla cura ma alla ricerca, alla didattica e al trasferimento tecnologico, in cui convergeranno risorse medici e talenti.

Un monoblocco di elevata qualità architettonica e tecnologica con circa 470 posti letto ad alto contenuto tecnologico e assistenziale preposto non solo alla cura e all'assistenza, alla diagnosi e terapia, ma anche alla ricerca e alla formazione e alla didattica.

Uno spazio di collegamento fra l'ambiente ospedaliero e quello universitario, reparti di terapia intensiva, laboratori e servizi.

L'obiettivo principale è quello di poter realizzare un complesso ospedaliero che abbia nei suoi principi ispiratori la completa integrazione della componente universitaria con quella ospedaliera superando una duplicazione delle strutture a favore di un modello organizzativo dove didattica, assistenza e ricerca possano svilupparsi armonicamente, avvalendosi di tutte le possibilità offerte da un grande polo sanitario.

Una struttura in grado di fornire trattamenti specialistici per i pazienti, sia della regione sia provenienti da altre zone dell'Italia.

La collocazione prevista, all'interno del tessuto urbano in una zona facilmente raggiungibile anche dalle province vicine sarà un'occasione unica per rendere l'ospedale parte della città, raggiungibile facilmente con il trasporto pubblico.

L'obiettivo principale sarà quello di migliorare l'efficienza dei livelli assistenziali e adeguare strutture e modelli organizzativi ai migliori standard di sicurezza internazionali, attraverso l'adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate.

La soluzione progettuale dovrà prevedere, nell'individuazione degli spazi, l'integrazione tra formazione e assistenza, tesa a fornire un servizio di qualità e di guida.

Il Nuovo Ospedale, dovrà avere, un'anima "4.0", dovrà essere un posto modellato a partire dalla tecnologia e, soprattutto, dai processi di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, cliniche o chirurgiche che siano.

L'attuale situazione ospedaliera incorpora soluzioni per il monitoraggio e la diagnostica indipendenti e poco integrate con altre tecnologie.

L'Ospedale 4.0 introduce un nuovo modo di concepire l'ospedale dove l'architettura, il processo di consegna delle cure sanitarie, l'assistenza sanitaria, il monitoraggio medico, le sale di attesa e gli orari cambiano radicalmente per adattarsi e servire con successo pazienti e medici. Il contesto ospedaliero ormai è un flusso continuo di persone e di dati, dove sempre più discipline operano per personalizzare le soluzioni di cura.

Questa nuova tipologia di ospedale dovrà essere un posto modellato a partire da quattro fattori:

- esigenze del paziente;
- esigenze lavorative del personale medico;
- tecnologia;
- processi di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, cliniche o chirurgiche.

I concetti chiave di un ospedale 4.0 possono essere così riassunti:

- Flessibilità;
- Iper-connesione ed automazione integrata;
- Zero paper;

- Just in time,
- Collaboration, condivisione e fruibilità in real time delle informazioni;
- Disintermediazione (eliminazione o drastica riduzione di tutti i momenti di discontinuità rispetto ad un flusso o a un processo);
- Orientamento al paziente; - Integrazione con il territorio; - Automazione.

L'obiettivo del progetto dovrà essere quello di realizzare, dunque, una nuova struttura ospedaliera che garantisca standard architettonici, gestionali ed organizzativi di eccellenza al fine di fornire una risposta adeguata ai bisogni di salute della popolazione.

Il nuovo Ospedale dovrà essere dotato delle migliori tecnologie volte a minimizzare il carico ambientale connesso all'uso delle fonti energetiche al fine di garantire un buon inserimento ambientale della struttura nel contesto di destinazione, uno sfruttamento razionale delle energie naturali (luce, soleggiamento e ventilazione), nonché la promozione delle migliori tecnologie energetiche capaci di accrescere la sostenibilità del complesso ospedaliero sotto il profilo energetico ed ambientale.

### **Rifunionalizzazione Complesso Ospedaliero Via del Vespro 129**

Con la realizzazione del nuovo Ospedale l'attuale struttura potrà essere riconvertita per la ridefinizione dei servizi territoriali, al fine di erogare servizi di prevenzione, di diagnostica specialistica, indirizzando il cittadino ad un uso più appropriato dei servizi sanitari.

L'area ambulatoriale sarà organizzata per aree funzionali omogenee.

La loro funzione sarà di assistenza ai cittadini erogando prestazioni di accertamento diagnostico polispecialistico, utile a stabilire la necessità di ricovero e ad erogare prestazioni di follow-up sui pazienti dimessi.

L'attuale complesso ospedaliero potrà inoltre essere destinato ai setting di cura Post Acuzie Riabilitazione – Lungodegenza a bassa intensità di cura, la destinazione specifica consentirebbe una corretta gestione dei pazienti fragili.

Si potrebbe configurare una struttura degenziale a sede intraospedaliera con finalità di accoglienza di persone con patologie post acute da stabilizzare.

La funzione si sostanzia nel migliorare le condizioni cliniche, ambientali e sociali, affinché un soggetto ospedalizzato, che presenta problematiche di salute successive alla fase acuta, che non consentono l'immediata dimissione, possa essere reinserito in modo adeguato e sicuro in ambiente extra ospedaliero all'interno di un "percorso di continuità terapeutico – assistenziale" territorio – ospedale – territorio, che permetta la transizione in sicurezza del paziente dall'ospedale al proprio domicilio ed altresì la transizione dei pazienti dal domicilio ad un ambiente protetto residenziale sociosanitario.

Tale area accoglierà persone provenienti da un ricovero per acuzie e sarà dedicata specificamente alla allocazione di pazienti complessi/fragili, che hanno necessità di essere sottoposti ad un programma di recupero e/o riabilitazione e/o stabilizzazione continuativa, con diagnosi e piani terapeutici definiti.

L'assistenza erogata in quest'area consentirà una maggiore relazione con i familiari e la effettuazione di programmi educativi, riabilitativi di alta specializzazione con il fine di offrire al paziente e ai suoi familiari i consigli, le indicazioni e gli strumenti per gestire al meglio la cronicità e le eventuali disabilità residue.

Per la parte residua la struttura potrà essere destinata ad un Campus Universitario.

L'Ospedale sarà costruito intorno ad un nuovo modello organizzativo per intensità di cure, capace di dare

risposte personalizzate alle cure dei pazienti, con percorsi multi professionali e multidisciplinari, riferimenti sanitari certi e appropriatezza nell'uso delle risorse.

Il progetto del nuovo Ospedale dovrà avere come obiettivo 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 comfort, efficienza e umanizzazione.

## **Modello funzionale ed organizzativo**

Per raggiungere tali obiettivi il nuovo Ospedale deve essere strutturato secondo un modello dipartimentale che superi la suddivisione tradizionale in reparti, organizzato per intensità di cure con flussi differenziati per creare aree assistenziali separate e accessibili grazie a percorsi dedicati; sicuro e altamente tecnologico a garanzia di un'assistenza innovativa per il paziente e integrato con la città e il contesto socio-culturale e con le altre strutture del Servizio Sanitario. L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale, con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria, nonché dare concreta attuazione alle politiche di governo clinico. Il dipartimento, infatti, favorendo il coordinamento dell'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituisce l'ambito privilegiato nel quale contestualizzare le attività di governo clinico nelle sue principali estensioni ovvero la misurazione degli esiti, la gestione la promozione della sicurezza del paziente, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

La proposta di progetto dovrà garantire flessibilità strutturale – distributivo - impiantistica per poter assicurare la trasformabilità nel tempo sia al mutare delle linee generali di programmazione sanitaria sia col variare del quadro delle specifiche esigenze della Azienda Sanitaria.

Il principio strategico fondamentale deve essere l'umanizzazione dei servizi sanitari a salvaguardia del paziente e degli aspetti relazionali nella famiglia.

L'equilibrio qualitativo e quantitativo delle dotazioni nei servizi sanitari razionalizzando l'assistenza al paziente, consentiranno di potenziare l'umanizzazione delle cure con particolare attenzione al comfort alberghiero che incide in modo rilevante sulla qualità percepita dell'utente.

Il progetto deve prevedere il raggruppamento delle funzioni per attività compatibili per ottimizzare le loro relazioni tramite la creazione di una rete spaziale di collegamenti efficienti e visivamente riconoscibili.

Lo studio dei collegamenti e dei flussi migliora la mobilità sia del personale (maggior efficienza) sia dei visitatori (maggior chiarezza nella fruizione della struttura) è necessaria quindi, una corretta definizione dei contenuti funzionali e delle soluzioni spaziali, raccordate ai bisogni da soddisfare e finalizzate all'accrescimento dell'efficienza della struttura.

Tale definizione verrà suffragata da studi dei flussi di accesso sia nella situazione di fatto e sia nella possibile tendenza evolutiva.

### **Innovazione, ricerca e formazione**

L'opportunità di realizzare il nuovo Policlinico, in particolare dopo aver affrontato la recente emergenza pandemica, consentirà, l'applicazione delle più recenti innovazioni in ambito strutturale, tecnologico, impiantistico, organizzativo e di efficientamento energetico.

La costruzione del nuovo ospedale permetterà di realizzare percorsi diagnostico-terapeutici dove vi sia stretta contiguità dei servizi più utilizzati.

Nell'area critica emergenza-urgenza/alta intensità, dovranno trovare posto, come in parte avviene già oggi, non solo le apparecchiature dedicate alla diagnostica ma anche le apparecchiature per la attività



interventistica per il trattamento delle patologie tempodipendenti (emodinamica, elettrofisiologia, angiografo per interventistica endovascolare sia neuroradiologica che sistemica).

Allo stesso modo è opportuno che le macchine pesanti maggiormente utilizzate per i pazienti ricoverati trovino collocazione in prossimità delle aree di degenza (TC in area medicooncologica).

Fondamentale è inoltre la realizzazione di spazi adeguati per la ricerca e per la formazione permanente (eventualmente anche una stazione di simulazione), e spazi che facilitino la interazione tra i professionisti sanitari.

Dal punto di vista della distribuzione spaziale degli ambienti, l'ospedale si articolerà per aree funzionali:

### Area Materno Infantile

Il punto nascita, dovrà prevedere sale travaglio/parto e i servizi di neonatologia, la degenza pediatrica, quella ostetrica e ginecologica.

L'area ostetrica dovrà prevedere percorsi assistenziali diversi per intensità di cura e professionalità coinvolte, ma con una forte integrazione funzionale: da una parte un Centro Nascita dedicata al parto fisiologico, con strutture accoglienti e familiari, a bassa intensità di cura, dall'altra un'area per la Gravidanza Patologica, ad elevata intensità di monitoraggio, in stretta contiguità con l'area della terapia intensiva neonatale.

L'area pediatrica si porrà l'obiettivo di accogliere tutti i bambini presenti nell'Ospedale coinvolgendo anche l'età preadolescenziale, secondo modelli di intensità di cura differenziati. Accoglierà persone con stati emotivi e bisogni differenziati: dal neonato a tutti i membri della famiglia coinvolta.

Particolare attenzione sarà posta nella progettazione di spazi accoglienti affinché facciano sentire a proprio agio gli utenti. Un'area ludica ed una sala d'attesa adeguata saranno dedicate ai piccoli pazienti e ai loro famigliari.

Nell'area di degenza si definirà una zona ad alta intensità di cura per bambini che necessitano di attento monitoraggio, con il coinvolgimento di competenze multiprofessionali.

Le stanze di degenza, tutte ad un letto (con la possibilità di utilizzo di un secondo letto) avranno bagno interno e consentiranno anche il riposo di un famigliare adulto.

Va prevista un'area pediatrica dedicata alle attività di day hospital attigue all'area di degenza.

### Area Medica

L'assistenza sarà strutturata in aree di degenza polispecialistiche e multiprofessionali basate sulla massima flessibilità organizzativa e che permetta dunque il superamento dell'articolazione per reparti differenziati secondo le diverse discipline, in accordo con il modello dell'organizzazione per intensità di cure. La nuova organizzazione non potrà comunque prescindere da una particolare attenzione al raggruppamento in aree contigue di degenti con patologie affini o comunque con simili bisogni assistenziali. In tali aree di degenza dovranno essere allocati alcuni posti letto destinati alle degenze ordinarie "protette" (di isolamento), tutte dotate della zona filtro e della possibilità di instaurare alternativamente una pressione positiva o negativa.

### Area Chirurgica

Il gruppo operatorio deve essere unico e dotato di sale operatorie per l'attività "ordinaria" ed in urgenza, e per l'attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale "complessa".

Il blocco operatorio deve essere ben collegato con l'area intensiva, con il Pronto Soccorso e la radiologia. Le sale operatorie dedicate l'attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale devono essere dedicate all'attività e quindi avere accesso separato e dedicato e collegato con l'area di gestione e degenza della day surgery stessa. Dovrà essere fatta particolare attenzione alla distinzione dei percorsi di sporco e pulito.

Le discipline afferenti al polo chirurgico saranno: ginecologia, urologia, ortopedia e chirurgia generale e

indirizzo oncologico, breast unit, chirurgia toracica, oculistica, pediatrica, plastica, e neurochirurgia, cardiocirurgia, otorinolaringoiatria.

In linea con la normativa vigente e con le buone pratiche cliniche, il blocco operatorio sarà articolato in aree progressivamente meno contaminate. I degenti accederanno al blocco operatorio tramite accesso dedicato con area riservata al cambio letti. La preparazione del paziente verrà effettuata nell'area "preparazione/risveglio" collegata alle sale operatorie, dove, in ambiente separato, sarà presente anche la zona lavaggio per il personale sanitario.

Dopo l'intervento, il paziente, su indicazione del chirurgo e dell'anestesista, potrà essere inviato direttamente in reparto attraverso tramite il medesimo accesso e dunque attraverso ascensori ad uso strettamente sanitario, oppure osservato per un determinato periodo in apposita area interna al blocco operatorio.

La strutturazione fisica e la dotazione impiantistica delle sale operatorie sarà concepita per una gestione integrata e pluridisciplinare delle specialistiche chirurgiche, nell'ottica del modello dell'ospedale per intensità di cure. La dotazione tecnologia consentirà l'utilizzo delle tecnologie più innovative per le attività chirurgiche. Lo schema organizzativo proposto può essere modificato e rimodulato sulla base di esigenze di volta in volta emergenti, grazie alla massima flessibilità offerta dalle soluzioni edilizie ed impiantistiche individuate. Saranno previste sale per interventi in robotica.

Dovrà essere prevista la Centrale di sterilizzazione. Quest'area dovrà garantire, la sicurezza e l'efficacia di tutto il processo di sterilizzazione, sanificazione e sanitizzazione degli ambienti secondo i migliori standard di qualità.

### Area Emergenza Urgenza

In merito ai processi di cura dell'urgenza - emergenza, sarà posta particolare attenzione alla suddivisione per gravità e urgenza subito al triage, indirizzando i casi ad aree di attività differenziate in base al diverso grado di intensità assistenziale richiesta.

La struttura dovrà essere dotata di idonei percorsi orizzontali e verticali in funzione delle relazioni funzionali necessarie con i servizi di diagnosi e cura, il blocco operatorio, i reparti con alta intensità di cura, area esterna per elisoccorso, funzioni 118.

Il pronto soccorso dovrà essere dotato di una serie di servizi diagnostici dedicati alla funzione. In particolare occorrerà prevedere:

Un'area per il triage, box forniti di letti tecnici per la stabilizzazione e gli interventi di emergenza/urgenza per il trattamento, un'area di diagnostica per immagini fornita di TC, RX convenzionale ed ecografia.

È fondamentale lo studio di aree per la sosta e l'attesa degli utenti in base al diverso grado di intensità assistenziale richiesta evitando sovraffollamenti e disagi per le persone in difficoltà. Si dovranno prevedere appositi locali dedicati ai pazienti immunodepressi e/o contagiosi con gli accorgimenti impiantistici e strutturali conseguenti e verranno definiti, alla luce della recente esperienza pandemica, percorsi separati ed aree dedicate.

### Area Terapia Intensiva e Semi-Intensiva

Nell'Ospedale che organizza l'attività di cura secondo il modello assistenziale per intensità di cura, le terapie intensive e semi-intensive fanno riferimento al livello di "intensive care", che deve essere centralizzato, polivalente e curare la reale instabilità clinica. Il ricovero in terapia intensiva, sia per il malato che per il suo nucleo familiare è un'esperienza critica: sempre maggior importanza viene data all'ambiente di cura ai fini di rispondere maggiormente ai bisogni psicologici più immediati del paziente cosciente ricoverato, che sono conseguenza della negazione della libertà di movimento e di scelta dell'ambiente di ricovero.

Il paziente deve essere messo in condizione di acquisire la conoscenza dei luoghi e sapersi orientare nello spazio e nel tempo in cui è costretto a vivere. Vanno pertanto previste finestre che consentano il più possibile un'illuminazione naturale, pareti vetrate, dovrà essere garantita l'esplorazione dell'ambiente circostante e verso immagini rassicuranti. Ai fini della progettazione, l'area intensiva sarà collocata in modo da essere facilmente raggiungibile dal Pronto Soccorso e dalle aree di riferimento e ben collegata con la radiologia e il laboratorio analisi. Sarà fornita di un ingresso di servizio per i parenti, uno per i pazienti ed uno per il personale sanitario. I letti per i pazienti devono essere separati tra loro e i segni tecnologici quali monitor, sondini, tubi,

cavi elettrici, allarmi sonori e visivi devono essere mimetizzati in modo da ridurre le immagini ignote ed allarmanti e la sensazione di dipendenza dalle macchine. Il ricoverato sente il bisogno di avere scudi materiali alle spalle, quindi il letto non deve essere posizionato al centro della stanza e deve essere evitata l'esposizione agli sguardi di estranei nel rispetto della riservatezza e del pudore. Ogni letto deve prevedere l'accesso a tutte le attrezzature per il supporto alle funzioni vitali. Secondo le più recenti indicazioni internazionali, l'area della terapia intensiva dovrà essere costruita in modo da favorire la flessibilità degli spazi e degli impianti per eventuali esigenze future. Si dovrà prevedere un'Area dedicata a Centrale di controllo, che dovrebbe permettere il controllo visivo diretto dei pazienti e dei relativi monitoraggi. Si dovranno prevedere appositi locali dedicati ai pazienti immunodepressi e/o contagiosi con gli accorgimenti impiantistici e strutturali conseguenti. La dotazione dei posti letto per la terapia intensiva dovrà tener conto del decreto assessoriale del 16 Settembre 2020 Individuazione delle terapie sub-intensive, di cui al D.A. n. 614 del 7 luglio 2020, da trasformare in terapie intensive ai sensi dell'art. 2 del D.L. 19 maggio 2020 n.34.

### Area Degenze

Le degenze saranno realizzate secondo caratteri residenziali con standard alberghieri elevati. La struttura dell'area di degenza consentirà di garantire il rispetto della privacy dell'utente. Saranno previsti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari con utilities per accompagnatori o visitatori.

Il reparto di degenza avrà un locale visita e medicazioni, un locale lavoro per il personale di assistenza diretta, un locale/spazio per la capo-sala, locale medici, locale soggiorno, deposito materiale pulito e sporco dotato di lavapadelle, deposito attrezzature, locale cucina di reparto, servizi igienici per il personale distinti da quelli per gli utenti, spazio attesa per i visitatori, locale bagno assistito.

### Area Laboratori

Un laboratorio multidisciplinare, una struttura centralizzata ad alta automazione per l'esecuzione di esami di routine e di urgenza, all'interno della quale si troveranno piattaforme strumentali di ultimissima generazione, presenti diversi settori specialistici che coprono tutte le aree della medicina e dove, oltre all'attività assistenziale, si svolge la formazione degli studenti della Scuola di Medicina e Chirurgia e una attività di ricerca finalizzata alla realizzazione della cosiddetta "medicina di precisione".

Un'Area dove coniugheranno organizzazione, sicurezza, qualità, tecnologia e flessibilità. Nella progettazione e realizzazione del laboratorio bisognerà tenere conto in particolare dell'integrazione tra impiantistica, arredi, tecnologie e flussi di lavoro.

### Area Direzione Medica – Sanitaria e Amministrativa

Le aree direzionali, ovvero la Direzione medica - sanitaria dell'Ospedale, le sale riunioni, una biblioteca ed un'area multimediale, potranno essere dislocati in zone separate, sebbene limitrofe alle aree di cura relative. Il Dipartimento Amministrativo si qualifica quale dipartimento gestionale con funzioni di supporto al Direttore Amministrativo nella formulazione delle strategie di competenza, attraverso il coordinamento delle seguenti strutture complesse:

- Area Affari Generali
- Area Economico-Finanziaria e Patrimoniale
- Area Provveditorato
- Area Risorse Umane
- Area Tecnica

L'area amministrativa dovrà essere ubicata in area dedicata avendo cura di minimizzare le interferenze con le attività sanitarie.

## Area Servizi operativi

Il Nuovo ospedale dovrà prevedere spazi dedicati alle seguenti attività:

Servizio di Emodinamica, tale struttura può contare su tutti i servizi di supporto previsti dalla normativa vigente e dovrebbe essere strategicamente vicino alla Terapia Intensiva in modo da garantire massima sicurezza e rapido trasferimento in caso di emergenza;

Radioterapia;

Medicina Nucleare / PET-TAC;

Servizio di Endoscopia, Il servizio di endoscopia sarà dotato di doppio accesso per i pazienti, uno per i pazienti ambulatoriali e l'altro per i pazienti interni (degenti ordinari, degenti diurni e pazienti provenienti dal Dipartimento emergenza-urgenza).

Un ulteriore accesso sarà predisposto per il personale e le merci. In corrispondenza dell'accesso degli esterni, si collocano l'accettazione e attesa centralizzate, per accedere alla sala diagnostica o all'apposita area di preparazione, secondo la tipologia dell'indagine diagnostica.

Le sale diagnostiche saranno tra loro collegate e servite da percorso separato cui accedono le aree di supporto necessarie (area refertazione, area lavaggi endoscopi e disinfezione degli strumenti, depositi, ecc.).

## Servizi di diagnostica per immagini.

Quest'area specifica raggruppa tutte le funzioni diagnostiche dalla radiologia tradizionale: Radiologia, Senologia, TAC, Risonanza Magnetica, MOC, Ecografia, ecc., oltre alla medicina nucleare ed endoscopia che vengono trattate separatamente per le caratteristiche spaziali funzionali afferenti. Un accesso secondario, eventualmente articolato in ragione dei flussi afferenti, sarà riservato al personale e alle merci.

In corrispondenza dell'ingresso degli interni andrà invece realizzata un'area d'attesa centralizzata, predisposta per pazienti barellati, in carrozzina e deambulanti.

Ciascuna diagnostica è dotata di almeno un servizio igienico e doppio, tra la zona d'attesa e la sala stessa, per permettere una maggiore efficienza e minori tempi d'attesa, un'area di controllo e comandi per il lavoro personale e un ulteriore accesso per il personale e i pazienti interni. Le postazioni di controllo saranno poste all'esterno delle sale diagnostiche; saranno tra loro comunicanti e afferenti all'area di servizio dove sono localizzati le aree per la refertazione, i servizi per il personale e lo sviluppo.

## Servizi di Supporto

Le funzioni di quest'area, ossia servizi per il personale e servizi logistici, comprendono le funzioni di supporto generale e sanitario alle funzioni di diagnosi e cura.

I locali dedicati ai servizi per il personale verranno concentrati in zone ben collegate con tutti i servizi dell'ospedale.

L'area destinata agli spogliatoi prevedrà locali per la distribuzione dei camici/vestiario pulito, punto di raccolta dei camici/vestiario sporco, locali spogliatoio distinti tra uomini e donne dimensionati alle reali esigenze del nosocomio dotati di doppio armadietto, panche, sedie, servizi igienici, box spogliatoi, spazi soggiorno.

I servizi logistici comprendo la farmacia, la centrale di sterilizzazione, il deposito centrale per lo stoccaggio di materiali di ogni genere, le centrali e sottocentrali.

La Farmacia dovrà essere ben collegata con i reparti di degenza.

L'organizzazione distributiva progettuale prevede un piano di carico dedicato per i mezzi: locali deposito per prodotti farmaceutici protetti dalla luce solare e dall'eccessiva temperatura differenziati per tipologia di farmaci (infiammabili, veleni); locali refrigerati; locale deposito di emergenza; locale destinato allo sballaggio; uffici amministrativi e di controllo; locali preparazione e distribuzione; locale laboratorio per preparazione farmaci, farmaci antiblastici e sacche dotato della strumentazione necessaria.

La Centrale di sterilizzazione dovrà essere collegata attraverso percorsi verticali al blocco operatorio, ai servizi

diagnosi e cura. I compiti del servizio di sterilizzazione consistono nella preparazione di materiali sterili. Il Deposito centrale per stoccaggio di materiali di ogni genere dove verrà effettuata la conservazione del materiale delle attrezzature. Tale servizio dovrà disporre di percorsi di arrivo mezzi, piazzale destinato alla manovra dei mezzi, piano di carico, uffici amministrativi di controllo, ingresso materiali, differenziazioni di locali in funzione della tipologia di merce (materiali deperibili e non, voluminosi, infiammabili). Gli impianti tecnologici saranno suddivisi nelle varie Centrali e Sottocentrali.

La collocazione dovrà avere facile accessibilità dell'esterno, ubicata in maniera baricentrica rispetto alle grandi tecnologie. Il progetto prevede l'installazione di una cabina elettrica, gruppo elettrogeno e gruppo di continuità, centrale gas medicinali.

### **Caratteristiche e requisiti dell'opera**

Il piano del Nuovo Ospedale si dovrà ispirare ad un modello complesso e plurifunzionale ad alto contenuto tecnologico e assistenziale.

Per la realizzazione del progetto bisognerà ispirarsi alle Linee Guida che traggono spunto dal Decalogo del *"Moderno ospedale ad alto contenuto tecnologico e assistenziale presentato nel marzo 2001"*.

Il "Decalogo" è costituito dai seguenti principi, ognuno dei quali è associato a determinate azioni per il raggiungimento degli obiettivi;

Umanizzazione, Il progetto architettonico deve essere centrato sul malato come persona, con le sue esigenze ed emozioni.

L'edificio deve essere un sistema aperto "a misura d'uomo" in cui è garantita l'integrazione con l'ambiente e la tecnologia. L'ambiente deve comunicare accoglienza ed essere fisicamente confortevole.

Urbanità, la sua localizzazione è molto importante, deve essere garantita la massima fruibilità anche in condizioni di emergenza.

Anche la morfologia e il linguaggio architettonico dell'edificio devono integrarsi con il contesto.

Organizzazione, l'ospedale deve perseguire un alto livello di qualità attraverso la professionalità degli addetti, la corretta gestione, l'accoglienza, la cortesia, il senso di sicurezza e comfort.

L'organizzazione del percorso diagnostico-terapeutico è interdisciplinare e l'articolazione delle unità operative non è più gerarchizzata all'interno delle singole aree specialistiche, ma ha un'organizzazione dipartimentale che favorisce l'introduzione di modelli gestionali per processi e non più per funzioni.

L'ospedale, deputato alle terapie di ricovero, alle attività di alto livello o complessità operativa/ tecnologica, deve collaborare con le strutture territoriali e i medici di famiglia e deve condividere con essi le informazioni sul paziente.

Le prestazioni erogate dall'ospedale devono corrispondere alle esigenze della collettività. Il parametro di riferimento per il loro dimensionamento non deve essere più il posto letto, ma il numero delle prestazioni erogabili. Il tipo di degenza è in relazione all'intensità di cura e alla tipologia di assistenza da applicare (Intensive care, High care, Low care, Day Hospital, Day Surgery).

Un utilizzo appropriato dell'ospedale permette il contenimento del numero dei posti letto, pur mantenendo alto il numero delle prestazioni.

L'ospedale deve garantire la massima sicurezza e tranquillità attraverso la preparazione e la professionalità di tutti gli operatori, attraverso la formazione permanente e i controlli di qualità dei protocolli di cura; la costante manutenzione degli impianti e delle apparecchiature medicali; la pulizia e la sanificazione degli ambienti e dei materiali; la tutela della privacy.

All'edificio ospedaliero deve essere garantita la massima flessibilità strutturale, organizzativa e funzionale, sia all'interno sia all'esterno, senza comprometterne la coerenza e l'operatività.

L'ospedale è il luogo della ricerca scientifica, esso deve favorire lo sviluppo di un'attività di ricerca, soprattutto

clinica, in costante collegamento e collaborazione con strutture esterne. All'interno l'ospedale deve predisporre luoghi e strumenti per la ricerca.

L'aggiornamento continuo di medici, infermieri, tecnici ed operatori è il presupposto indispensabile per l'adeguamento all'evoluzione tecnologica e professionale della medicina. L'ospedale deve anche essere luogo di educazione sanitaria e occasione di cultura per i cittadini.

Il progetto dovrà ispirarsi a due principi fondamentali:

La centralità del paziente, l'umanizzazione dei luoghi di cura e la chiarezza dei percorsi di cura.

La nuova Azienda Ospedaliera dovrà essere espressione del diritto fondamentale alla tutela della salute per tutti i cittadini, in particolare per coloro che attraversano momenti di particolare bisogno e fragilità.

Gli ambienti dovranno essere dunque a salvaguardia della dignità del paziente, della sua privacy; dovranno accogliere e guidare con chiarezza i cittadini nel percorso di cura specifico, assicurando comfort e gradevolezza.

A tal fine la scelta dei materiali, dei colori, degli arredi saranno segno di attenzione verso coloro che necessitano di conforto e rassicurazione.

Ogni elemento dell'ambiente ospedaliero deve essere pensato per facilitare il paziente e per rispondere alle sue esigenze: l'utente deve avere la possibilità di raggiungere autonomamente, se gli è possibile, luoghi di relax, di incontrare liberamente parenti e amici, di usufruire di aria e luce naturali e di entrare in contatto diretto con il verde.

Parallelamente, anche chi lavora e opera nell'ospedale deve essere facilitato il più possibile nello svolgimento delle attività, deve poter lavorare, studiare, operare in condizioni di comfort ambientale e controllare facilmente ciò che accade intorno a lui. La principale esigenza degli utenti esterni, oltre a quella di trovare un luogo accogliente, è quella di non dover dipendere da terzi negli spostamenti.

La progettazione dello spazio deve dunque garantire la chiarezza dei percorsi in modo che la segnaletica diventi solo un supporto e non l'unica guida.

Nell'ottica del comfort ambientale assume un'importanza fondamentale anche l'attenzione posta all'orientamento ed alla ricerca del luogo di destinazione, e quindi alla relazione dell'individuo con l'ambiente che lo circonda.

Una particolare attenzione a queste componenti consentirà al personale medico e infermieristico/di supporto di perdere molto meno tempo ogni giorno per dare informazioni e indicazioni al pubblico. Una gerarchia chiara dei percorsi è quindi basilare per facilitare sia il controllo dello spazio che lo spostamento all'interno di questo.

## **Efficacia e flessibilità nei percorsi di cura**

La salvaguardia della centralità del paziente richiede un'organizzazione delle attività secondo un modello organizzativo che prevede una stratificazione delle funzioni per diversa intensità di cura (così come previsto anche dal D.M. 70 del 2015).

Mettere al centro i bisogni del paziente significa garantire, anche all'interno di una struttura istituzionalizzante, quale un ospedale, la flessibilità dei percorsi, ovvero la personalizzazione delle cure e dei percorsi diagnostici. Tale flessibilità implica reale integrazione tra le diverse componenti che si occupano della presa in carico ospedaliera dei pazienti: la parte amministrativo-burocratica, i servizi di supporto non sanitari e le differenti competenze cliniche e diagnostiche. In tal modo anche la modalità di cura ospedaliera potrà garantire da un lato l'offerta delle prestazioni che godono delle migliori evidenze disponibili e dall'altro il continuo rispetto delle esigenze peculiari di ogni singolo paziente. In linea generale, è possibile ipotizzare che i livelli di cura siano tre: il Livello 1 (intensivo e subintensivo), il Livello 2 (acuti) e Livello 3 (post-acuti). Fanno parte poi dei servizi erogati in ambito ospedaliero attività quali il Day service, il Day-hospital .

Tutto deve essere organizzato e strutturato per avere le caratteristiche di base e specialistiche di un ospedale sede DEA di 2 livello (Decreto del Ministero della Salute n.70 del 2 aprile 2015 DA 11 Gennaio 2019 - DGR N. 347 del 26.09.2019).

Si riportano di seguito indicazioni, prescrizioni o spunti da considerare nella progettazione per la quale si potrà fare riferimento al Progetto di ricerca finalizzata (ex art. 12, Dlgs 502/92) Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza - Rapporto conclusivo pubblicato sul supplemento al n. 6 di Monitor - Novembre 2003:

**Principi Guida Tecnici, Organizzativi e Gestionali**

<b>Layout</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Separazione e leggibilità dei percorsi, organizzati secondo uno schema prevalentemente ortogonale, possibilmente ad anelli interconnessi, con collegamenti verticali posti sui nodi di intersezione.</li><li>● Prevalente aggregazione delle attività omogenee per piani orizzontali.</li><li>● Fermo restando l'organizzazione dipartimentale, la complanarità e l'articolazione degli spazi dipartimentali secondo l'intensità di cura e di assistenza; riduzione dei percorsi degli operatori sanitari di uno stesso dipartimento, mediante l'avvicinamento delle unità di degenza, diagnostiche e interventistiche di bassa, media e alta intensità, in uno schema prevalentemente orizzontale.</li><li>● Tutti i corridoi (sia quelli interni alle varie aree funzionali, sia quelli di collegamento fra aree diverse) dovranno essere progettati in base a principi di linearità e regolarità, evitando la presenza di nicchie, ostacoli e ingombri, derivanti da apertura delle porte, dotazioni antincendio impiantistiche sporgenti, etc.).</li><li>● In generale la progettazione architettonica degli spazi e dei corpi che comporranno l'edificio del nuovo Ospedale dovranno favorire l'illuminazione naturale, per tutti i locali ove è prevista la presenza non saltuaria di utenti e personale.</li><li>● La progettazione degli spazi deve garantire la complanarità dei percorsi orizzontali interni e, per quanto possibile, minimizzare la presenza di rampe anche nelle aree esterne.</li><li>● Ove sia previsto l'utilizzo di sostanze pericolose, dovranno essere dimensionati e organizzati adeguatamente gli spazi non solo per la gestione, ma anche per l'approvvigionamento e lo smaltimento in sicurezza di dette sostanze.</li><li>● Divieto di previsione di cavedi inaccessibili o con difficoltà di accesso per mezzi meccanici di adeguate dimensioni per le successive attività di manutenzione.</li></ul>
<b>Strutture</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Adozione di sistemi di smorzamento delle azioni sismiche, per ridurre significativamente le accelerazioni e consentire la continuità e lo svolgimento delle attività sanitarie in sicurezza.</li><li>● Previsione di carichi uniformi secondo norma e di carichi concentrati per apparecchiature sanitarie, con modalità progettuali e realizzative tali da consentire facili adattamenti anche nel caso di posizionamento di apparecchiature sanitarie non previste in fase di progettazione.</li><li>● Previsione di maglie strutturali con caratteristiche dimensionali e tecnologiche atte a favorire la massima industrializzazione del processo produttivo.</li><li>● Adozione di maglia strutturale preferibilmente 7,80 (<i>e</i> comunque 7,50 minima) nelle aree destinate a degenza al fine di consentire la realizzazione di spazi di agevole e idoneo utilizzo, compresa la efficiente ed agevole movimentazione dei letti di degenza.</li><li>● Valutazione del dimensionamento dell'altezza di interpiano e della possibilità/opportunità di prevedere un piano tecnico, sulla base delle esigenze, dei costi, di possibili miglioramenti nella gestione delle manutenzioni, delle altezze complessive dell'edificio, etc. Particolare attenzione dovrà essere posta al posizionamento delle macchine degli impianti nel senso di evitare quanto più possibile l'impatto ingombrante e visivo delle stesse ed il posizionamento sulle terrazze.</li></ul>
<b>Opere Civili</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Particolare attenzione andrà posta nella progettazione dell'involucro edilizio, con riferimento alle prestazioni termoigrometriche invernali ed estive, favorendo l'utilizzo di materiali e tecnologie sostenibili.</li><li>● Previsione di materiali e componenti durevoli, facilmente sanificabili, manutenibili e sostituibili.</li><li>● Progettazione attenta alla possibilità di future trasformazioni e modifiche, favorendo la minima interferenza possibile con le attività sanitarie.</li><li>● Progettazione attenta alle modalità di gestione e di realizzazione delle manutenzioni ordinarie, minimizzando costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li></ul>



<b>Impianti di fognatura e smaltimento acque bianche</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Progettazione di reti di raccolta separata per le acque nere, saponate e meteoriche, con idonei punti di conferimento e ispezione.</li><li>● Il sistema di allontanamento e contenimento degli scarichi radioattivi a servizio della Medicina Nucleare / PET TAC dovrà privilegiare la modalità di caduta per gravità.</li><li>● Previsione di un sistema di drenaggio delle acque meteoriche delle strade e dei piazzali, con separazione degli inquinanti, prima dell'eventuale recupero e immissione nella rete idrica superficiale.</li><li>● Previsione di pozzetti che consentano ispezioni e disinfezioni delle acque nere, prima dell'immissione nella fognatura comunale.</li><li>● Previsioni di sistemi di monitoraggio e controllo integrato e centralizzato degli impianti (Es. BACS).</li><li>● N.B. gli impianti di smaltimento acque bianche dovranno tenere in adeguata considerazione la particolare collocazione del Nuovo Ospedale in un'area limitrofa a zone classificate a rischio idrogeologico ed idraulico. Nella progettazione si dovrà altresì tenere conto degli eventi eccezionali di sempre maggior frequenza, adottando soluzioni progettuali idonee a garantire la continuità del servizio sanitario</li></ul>
<b>Impianti elettrici</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Previsione di adeguata ridondanza nel dimensionamento delle linee elettriche principali e delle carpenterie dei quadri elettrici.</li><li>● Mantenimento di doppia alimentazione dal punto di consegna fino ai quadri di zona, anche con percorsi fisicamente separati.</li><li>● Previsione di materiali e componenti durevoli, facilmente manutenibili e sostituibili.</li><li>● Progettazione attenta alla possibilità di future trasformazioni e modifiche, favorendo la minima interferenza possibile con le attività sanitarie.</li><li>● Progettazione attenta alle modalità di gestione e di realizzazione delle manutenzioni ordinarie, minimizzando costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li><li>● I dispositivi di controllo e di sezionamento degli impianti elettrici e speciali dovranno essere collocati in posizione adeguata non solo dal punto di vista normativo, ma anche dal punto di vista dell'accessibilità e della sicurezza delle procedure di gestione delle emergenze.</li><li>● Previsione di adeguati sistemi di alimentazione di emergenza e garanzia della continuità elettrica.</li><li>● Previsioni di sistemi di monitoraggio e controllo integrato e centralizzato degli impianti (Es. BACS).</li></ul>
<b>Impianti meccanizzati di trasporto ed elevatori</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Sistema di trasporto automatizzato - Ascensori, Montacarichi, Scale Mobili, piattaforme elevatrici ecc.,.</li><li>● Previsione di un sistema di trasporto leggero che connetta possibilmente tutti i punti di lavoro.</li><li>● Previsione di materiali e componenti durevoli, facilmente sanificabili, manutenibili e sostituibili.</li><li>● Progettazione attenta alla possibilità di future trasformazioni e modifiche, favorendo la minima interferenza possibile con le attività sanitarie.</li><li>● Progettazione attenta alle modalità di gestione e di realizzazione delle manutenzioni ordinarie, minimizzando costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li><li>● Previsioni di sistemi di monitoraggio e controllo integrato e centralizzato degli impianti (Es. BACS).</li></ul>
<b>Impianti di produzione e trasformazione dell'energia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Progettazione di impianti di captazione ed accumulo termico dell'energia solare.</li><li>● Progettazione di impianti di captazione fotovoltaica connessi con la rete d'alimentazione elettrica.</li><li>● Dimensionamento delle diverse fonti energetiche in modo da ottimizzarne il rendimento nei diversi scenari climatici e di mercato.</li></ul>

<b>Impianti di Telefonia, Rete dati, videosorveglianza e speciali</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Nella progettazione dell'impianto di trasmissione dati/fonia si dovrà tenere conto della strategicità dello stesso rispetto alle funzioni clinico amministrativi e la necessità di elevata sicurezza, performance e continuità funzionamento.</li><li>● Progettazione impianto di trasmissione dati WIFI.</li><li>● Progettazione impianti speciali: allarmi, sorveglianza, controllo accessi, chiamata infermieri, tv e multimedialità, secondo le più moderne tecnologie di informazione e comunicazione ICT</li><li>● Eventuale sistema di posta pneumatica e/o similare.</li></ul>
---	--

## Il contesto normativo di riferimento

Il progetto dovrà essere redatto in conformità alle disposizioni normative vigenti espressamente richieste per i presidi ospedalieri in materia di:

- protezione antisismica;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza anti-infortunistica;
- igiene dei luoghi di lavoro;
- radioprotezione;
- dispositivi medici;
- telecomunicazioni e impianti di rete dati;
- protezione delle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche; - impianti di distribuzione dei gas;
- materiali esplosivi.

L'intervento dovrà essere conforme alle norme vigenti comprese quelle emanate da Enti ed Organi competenti, anche di carattere locale, (VVF, Regione, Comune, ecc) nonché a tutte le regole UNI, CEI, ISO, ASHRAE, ASSISTAL, Eurocodici, ecc. relative a materiali, apparecchiature, impianti, modalità di esecuzione dei lavori e dei collaudi.

### Impianti Climatizzazione e Idrico Sanitari

D.M. 01/12/1975 e s.m.i.;

D.M. 18 maggio 1976 e s.m.i.;

Legge n. 10 del 9 gennaio 1991 e s.m.i.;

DPR n.447 del 6/12/1991 e s.m.i.;

D.P.R. n. 412 del 26 agosto 1993 e s.m.i.;

D.M. 12/4/96 e s.m.i.;

D.P.R. 14 gennaio 1997 "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" e s.m.i.;

Decreto legislativo n. 192 del 19/08/2005 "Attuazione della direttiva 2002/91/CE relativa al rendimento

energetico nell'edilizia" e s.m.i.;  
Decreto legislativo n. 311 del 29 dicembre 2006, "Disposizioni correttive ed integrative al D.L. 192/2005 recante attuazione della direttiva 2002/91/CE relativa al rendimento energetico nell'edilizia" e s.m.i.;  
D.M. n. 37 del 22 gennaio 2008 e s.m.i.;  
Decreto del Presidente della Repubblica n. 59, del 2 aprile 2009 e s.m.i.;  
Norme UNI, UNI-CIG, UNI/CT;  
Normativa Serie ISO;  
Linee guida INAIL;  
Linee guida americane sugli impianti di ventilazione e condizionamento;  
D. Lgs. 31/2001;  
DM 174/2004;

Oltre a questi la progettazione dovrà essere redatta in conformità alle indicazioni sanitarie, dimensionali e organizzative espresse dall'Azienda e dalla Regione.

### Vincoli Normativi e Autorizzativi

Per quanto riguarda i procedimenti autorizzativi, l'opera è soggetta ai seguenti vincoli di legge, se necessari:  
Soprintendenza paesaggistica e archeologica  
Valutazione ambientale strategica  
Valutazione impatto ambientale  
Piano Urbanistico Comunale  
Zona sismica  
Parere igienico/sanitario  
Vigili del Fuoco  
Autorità di Bacino  
Ministero Ambiente - SIN  
Dipartimenti Regionali interessati (Salute, infrastrutture, urbanistica, ambiente, ecc.)

### Vincoli Relativi alle Funzioni Sanitarie

Fermo restando il rispetto di tutte le norme vigenti, nazionali e regionali, nonché il mantenimento di tutte le attività sanitarie essenziali, costituiscono vincoli specifici in fase progettuale e, successivamente, in fase realizzativa i seguenti punti:  
per quanto possibile, dovrà essere preferita la separazione fisica dei percorsi sporchi e puliti, non solo nei flussi ma anche per le aree di sosta temporanea;  
devono sempre essere garantiti collegamenti rapidi tra qualsiasi area sanitaria e l'area dell'emergenza, dell'interventistica e della diagnostica; deve essere garantito il rispetto dei criteri di distribuzione degli spazi sulla base dell'intensità di cura e di assistenza.

### Vincoli Relativi al Contesto - Accessi e Viabilità

La proposta progettuale dovrà tenere conto di queste ipotesi e suggerire una soluzione che, a seguito di una analisi attenta della situazione esistente, migliori l'accessibilità alla struttura ospedaliera, sia attraverso la viabilità ordinaria - locale, che per mezzo della viabilità statale. La proposta progettuale dovrà anche tenere conto dell'accessibilità dei mezzi pubblici e dei parcheggi distinti tra quelli destinati al personale e quelli agli esterni.

Particolare attenzione dovrà essere posta al fine di distribuire gli accessi in maniera equilibrata lungo le vie di accesso che circondano il comprensorio, tenendo conto non solo delle diverse tipologie di utenti e della loro provenienza ma anche delle diverse modalità di spostamento degli utenti.

In particolare bisognerà prevedere l'accesso al Pronto soccorso diretto e collocato in modo tale da risultare

facilmente individuabile e raggiungibile dai diversi flussi di utenti, tenuto conto anche degli sviluppi della viabilità urbana ed extraurbana e della necessità di non congestionare la viabilità esistente. Fondamentale sarà evitare interferenze e sovrapposizioni tra gli accessi e la viabilità detta in precedenza e quella di servizio (smaltimento rifiuti, fornitori, farmacia, mensa, manutenzioni, ecc.). Le previsioni progettuali dovranno essere compatibili con i limiti economici di progetto.

E' possibile modificare i limiti dell'area individuata qualora strettamente necessario o funzionale ad un sostanziale miglioramento dell'accessibilità all'area ospedaliera. Tale modifica non potrà eccedere il 5% dell'area di progetto e non dovrà comportare una modifica sostanziale della stessa.

### Posteggi

In sede progettuale andrà definita la quantità precisa di posteggi da prevedere, rispondente alle effettive esigenze del complesso Ospedaliero e adeguata rispetto al contesto extra - urbano in cui si inserisce l'intervento.

I posteggi potranno essere realizzati a raso, interrati o in struttura sopraelevata, in considerazione delle esigenze funzionali dell'ospedale, delle caratteristiche del terreno e dell'ambiente extra-urbano e della disponibilità economica.

Dovrà essere comunque privilegiata l'impostazione progettuale che sia meno impattante nell'ambito paesaggistico e quanto più possibile nel rispetto della peculiarità agricola dell'area.

### Progetto Urbano

Il nuovo ospedale dovrà essere progettato prestando attenzione, oltre che alle esigenze funzionali e ai contenuti sanitari, anche agli aspetti architettonici e urbanistici, dialogando e integrandosi con il contesto circostante.

Alcuni spunti per la progettazione: attenzione all'impatto sul contesto circostante dell'altezza, della volumetria e delle facciate dei vari corpi che comporranno l'edificio del nuovo Ospedale; integrazione dei percorsi nel comprensorio (controllo degli accessi ove necessario, permeabilità della città ove possibile).

### Spazi per la didattica, la diagnostica e i servizi generali

In primo luogo si rappresenta la necessità di prevedere spazi da destinare ad aule per brevi seminari, studi e camere per degenze. Inoltre, occorre tener conto degli spazi in comune alle attività ospedaliere quali la diagnostica, ed i servizi generali.

### Elisuperficie

Dovrà essere inserita all'interno della proposta progettuale l'ubicazione dell'elisuperficie, fermo restando che sono in corso colloqui con il Comune di Palermo per valutare la realizzazione della pista all'interno dell'area di protezione civile per cui si richiede nell'idea progettuale la vicinanza della stessa all'area di protezione civile.

### Servizi Centralizzati

L'idea progettuale dovrà prevedere la centralizzazione di alcuni servizi aziendali strategici in accordo alle indicazioni inserite nel presente documento:

Farmacia e depositi annessi

Centrale di Sterilizzazione

Camera Bianca per la preparazione dei farmaci antiblastici

Centro Logistico per Approvvigionamento e stoccaggio materiali di consumo aziendali

Archivi Clinici ed Amministrativi Aziendali.

## PARTE 4. Dimensionamento economico del Nuovo Ospedale Policlinico

### Metodologia ed analisi

Le stime per il dimensionamento del nuovo ospedale vengono effettuato facendo riferimento a circa n 470 posti letto, prevedendo una dotazione finanziaria fino ad un massimo di € 348.000.000,00 .

Per tale presidio ospedaliero è stata stimata una superficie di circa 80.000 mq<sup>2</sup>, così ripartita:

Tipologia di Area Funzionale	DEA II Livello	Superficie
Degenze, area non critica	27%	16200
Servizi Sanitari	25%	15000
Degenze, area critica	5%	3000
Reparti operatori	5%	3000
Servizi collettivi	10%	6000
Servizi generali	10%	6000
Connettivi	9%	5400
Locali tecnici	9%	5400

La stima è stata effettuata in funzione della tipologia e dello sviluppo di aree funzionali omogenee dalle quali si ipotizza sarà costituito il nuovo presidio ospedaliero.

Le differenti tipologie di aree funzionali omogenee sono le seguenti:

Degenze, area non critica;

Degenze, area critica;

Reparti operatori;

Servizi Sanitari;

Servizi Collettivi e Generali; Connettivi e locali tecnici.

Ciascuna tipologia di area funzionale omogenea è stata rapportata a un fabbisogno di risorse che varia in funzione dei requisiti da soddisfare, così come definiti dalla normativa per l'accreditamento delle strutture sanitarie, ovvero dalla normativa comunque applicabile.

In considerazione delle percentuali standard di mq per tipologia di servizi/reparti, si è ipotizzato un costo per posto letto pari ad euro 660.000,00 ( € /pl ).

Altro indicatore è relativo ai mq per posto letto, che risulta essere di circa 170 mq.

Tale costo comprende i costi per la realizzazione della scatola edilizia e delle centrali tecnologiche, il costo di costruzione; incidenza arredi e tecnologia sanitaria di primo livello; incidenza delle opere di urbanizzazione.

La scatola edilizia contempla l'edificio e gli impianti, intesi come quelli che attraversano l'edificio e che risultano strettamente connessi all'opera edile.

I coefficienti di contestualizzazione (C) all'area funzionale dell'ambito i-esimo sono quelli riportati nella seguente tabella:



Destinazione Generale	Tipologia di Area Funzionale	Coefficiente
Aree Sanitarie	Degenze, area non critica	1
	Servizi Sanitari	0,8
	Degenze, area critica	1,2
	Reparti operatori	2
Aree Non Sanitarie	Servizi collettivi	0,8
	Servizi generali	0,8
	Connettivi	0,65
	Locali tecnici	0,65

Considerando l'opera edile, le strutture, gli impianti, i nodi tecnologici e le aree di pertinenza, il costo unitario medio di realizzazione del presidio ospedaliero, considerando una superficie di circa 80.000 m<sup>2</sup>, e pari a circa **3.000 €/m<sup>2</sup>**.

Le superfici attribuite alle diverse Aree Ospedaliere sono ricondotte alle aree funzionali omogenee di riferimento per le stime economiche come appresso riportato

Destinazione Generale	Tipologia di Area Funzionale	DEA II Livello	Superficie	Coefficiente	€/mq	Importo
Aree Sanitarie	Degenze, area non critica	27%	21.600,00	1,00	3.000,00 €	64.800.000,00 €
	Servizi Sanitari	25%	20.000,00	0,80	2.400,00 €	48.000.000,00 €
	Degenze, area critica	5%	4.000,00	1,20	3.600,00 €	14.400.000,00 €
	Reparti operatori	5%	4.000,00	2,00	6.000,00 €	24.000.000,00 €
<b>Totale Aree Sanitarie</b>		<b>62%</b>	<b>49.600,00</b>			<b>151.200.000,00 €</b>
Aree Non Sanitarie	Servizi collettivi	10%	8.000,00	0,80	2.400,00 €	19.200.000,00 €
	Servizi generali	10%	8.000,00	0,80	2.400,00 €	19.200.000,00 €
	Connettivi	9%	7.200,00	0,65	1.950,00 €	14.040.000,00 €
	Locali tecnici	9%	7.200,00	0,65	1.950,00 €	14.040.000,00 €
<b>Totale Aree Non Sanitarie</b>		<b>38%</b>	<b>30.400,00</b>			<b>66.480.000,00 €</b>
		<b>100%</b>	<b>80.000,00</b>			
		<b>100%</b>	<b>80.000,00</b>			<b>217.680.000,00 €</b>

Per la stima dell'ordine di grandezza del costo per la realizzazione dei parcheggi e delle aree esterne è stato costituito un repertorio di esperienze, dal quale sono stati dedotti i valori parametrici sotto riportati ed applicati alle superfici di progetto. Il costo riferito alle aree verdi comprende la realizzazione di aree verdi d'ambito o pertinenziali, quindi direttamente fruibili dall'utenza, e la sistemazione di un'area a parco naturale,



anche tramite la realizzazione di opportuni percorsi per renderla accessibile.

<b>Descrizione</b>	<b>Importo</b>
Parcheggi Multipiano	9.100.000,00
Parcheggi "a raso" e viabilità interna	3.250.000,00
Aree a verde	2.340.000,00
Opere Infrastrutturali	24.180.000,00
<b>Totale Aree esterne e collegamenti</b>	<b>38.870.000,00</b>

## **PARTE 5. Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Policlinico**

In considerazione della complessità dell'iter tecnico-amministrativo per la realizzazione del Nuovo Policlinico tenuto specificatamente conto della necessità di un procedimento di approvazione del Progetto in variante allo strumento urbanistico (art. 7 Legge Regionale 65/81 e smi), si è deciso di intraprendere la procedura del concorso di idee ai sensi dell'art. 156 del D.Lgs 50/2016 e smi.

Nel caso di attuazione dell'intervento, il vincitore del Concorso, previa procedura negoziata senza pubblicazione di bando, ai sensi dell'art. 63 comma 4 del Codice, verrà incaricato delle successive fasi progettuali, della direzione dei lavori e del coordinamento della sicurezza, come indicato nello schema di calcolo dei compensi professionali allegato al disciplinare di concorso. La stazione appaltante affiderà tempestivamente al Vincitore, previa verifica dei requisiti di cui ai periodi successivi, il progetto di fattibilità tecnica ed economica dell'opera.

In tal caso, il vincitore dovrà dimostrare il possesso dei requisiti speciali di cui al paragrafo 3.3 anche ricorrendo, dopo la conclusione della procedura concorsuale, all'avvalimento ai sensi dell'art.89 del codice o alla costituzione di un raggruppamento temporaneo tra i soggetti di cui al comma 1 dell'articolo 46, così come stabilito dall'articolo 152, comma 5 del Codice.

Il compenso professionale, determinato in conformità al D.M. 17 giugno 2016 ed al D.Lgs 50/2016 e smi,, come da calcolo analitico allegato, risulta così sinteticamente articolato al netto di oneri previdenziali ed I.V.A.:

**FASE OGGETTO DEL CONCORSO per studio di fattibilità (parziale):**

1.300.000,00 Euro;

L'importo è calcolato tenendo conto delle prestazioni parziali richieste rispetto a quanto previsto dall'art. 14 del DPR 207/2010 in considerazione del livello di approfondimento richiesto per la proposta ideativa e del fatto che un primo livello di approfondimento progettuale è stato svolto dalla Stazione Appaltante e reso disponibile ai concorrenti.

**FASI SUCCESSIVE**

per progetto di fattibilità tecnica ed economica: 4.300.000 Euro per

progettazione definitiva: 8.300.000,00 Euro per progettazione esecutiva:

5.300.000,00 Euro

per direzione dei lavori e coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione: 13.300.000,00 Euro per

collaudi: 1.100.000,00 Euro

Gli importi delle fasi successive, a base della negoziazione per l'affidamento dell'incarico ai sensi dell'art. 63 comma 4 del D.Lgs. n 50/2016 e s.m.i., saranno decurtati del 30%.

Qualora la Stazione Appaltante ritenga di richiedere all'Affidatario l'espletamento di prestazioni ulteriori aggiuntive, ancorché non affidate e/o non previste dal presente disciplinare, a titolo di esempio SCIA, SCA, ecc., necessarie per il completamento dell'opera e/o dell'iter amministrativo per il conseguimento delle autorizzazioni previste dalla normativa vigente in materia, l'Affidatario si obbliga ad accettare l'incarico ad esse relativo alle medesime condizioni ottenute in seguito alla negoziazione.

In relazione a tali prestazioni ulteriori aggiuntive, è stabilito, sin d'ora, che i corrispettivi da corrispondere per la loro remunerazione, saranno determinati alle medesime condizioni tariffarie vigenti all'epoca dell'offerta, sulla base degli importi effettivamente risultanti dalla progettazione.



## La procedura di individuazione della migliore idea progettuale

La migliore idea progettuale sarà valutata da una commissione giudicatrice così composta:

### MEMBRI TITOLARI

- N. 1 rappresentante della Stazione Appaltante, con funzioni di Presidente;
- N. 1 esperto designato dall'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Palermo con comprovata esperienza in ambito di edilizia ospedaliera;
- N. 1 esperto designato dall'Ordine degli Architetti della Provincia di Palermo con comprovata esperienza in ambito di edilizia ospedaliera;
- N. 1 esperto nominato dalla Stazione Appaltante;
- N. 1 esperto, nominato dall'Assessorato Regionale della Salute.

### MEMBRI SUPPLENTI

Per ogni titolare sarà nominato un membro supplente.

Il compenso previsto per i membri della commissione giudicatrice è quello previsto dall'art. 13 comma 7 del DPRS 13/2012.

A conclusione dei lavori, che sono di carattere riservato, la commissione redigerà il verbale finale, contenente la graduatoria del Concorso, con le motivazioni (per tutti i concorrenti). Tale verbale sarà pubblicato sul sito web del concorso. Non sono ammessi ex aequo per il primo classificato. La decisione della commissione è vincolante per l'Ente banditore che, previa verifica dei requisiti dei partecipanti, approverà la graduatoria mediante apposito provvedimento amministrativo. La Commissione Giudicatrice dovrà concludere i propri lavori entro il termine indicato nel calendario.

Il Concorso si concluderà con una graduatoria di merito e con l'attribuzione dei seguenti premi e riconoscimenti:

- Premio per il 1° classificato: 750.000 Euro;
- Premio per il 2° classificato: 200.000 Euro;
- Premio per il 3° classificato: 100.000. Euro;

I suddetti importi, oltre agli oneri previdenziali ed I.V.A., saranno liquidati entro 60 gg. a decorrere dalla data di esecutività del provvedimento amministrativo di approvazione della graduatoria.

Agli autori di tutte le proposte meritevoli (primi tre classificati più eventuali altre proposte meritevoli di menzione), previo esito positivo della verifica dei requisiti degli stessi partecipanti, verrà rilasciato un Certificato di Buona Esecuzione del Servizio, utilizzabile a livello curriculare, quale studio di fattibilità, sia in termini di requisiti di partecipazione che di merito tecnico, nell'ambito di procedure di affidamento di servizi di architettura e ingegneria.

## I tempi di realizzazione del progetto

Nel caso di attuazione dell'intervento e, pertanto, di affidamento delle fasi successive della progettazione, dovranno essere rispettate le seguenti scadenze:

- progetto di fattibilità tecnica ed economica - elaborati per variante urbanistica: **entro 45 giorni** dal conferimento dell'incarico e comunque su espressa richiesta della Stazione appaltante;
- progetto di fattibilità tecnica ed economica - ulteriori elaborati rispetto al punto precedente: **entro 30 giorni** dalla espressa richiesta della Stazione appaltante;
- progetto definitivo: **entro 120 giorni** dall'approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica e comunque su espressa richiesta della Stazione appaltante;
- progetto esecutivo: **entro 60 giorni** dall'approvazione del progetto definitivo e comunque su espressa richiesta della Stazione appaltante.

Per la tempistica si considerano i giorni naturali consecutivi di calendario.



## **La procedura di affidamento dei lavori di costruzione del Nuovo Policlinico**

I Lavori di realizzazione del Nuovo Ospedale Policlinico. verranno aggiudicati mediante procedura aperta sulla base del progetto esecutivo redatto dai progettisti incaricati, a seguito dell'avvenuta verifica e validazione ed approvazione in linea tecnica ed amministrativa dello stesso secondo la specifica normativa regionale in materia di Lavori Pubblici.

Verrà stabilito nelle successive fasi di progettazione il criterio di aggiudicazione dei lavori.



## CONCLUSIONI

### Cronoprogramma fasi attuative

<b>FASE</b>	<b>TEMPI</b>
Individuazione Area	Eseguita
Acquisizione Progetto Preliminare del Nuovo Ospedale .....	7-9 mesi
Variante Urbanistica sull'area - Ex art. 7 L.R. 65/81 e smi	6-8 mesi
Definizione Progettazione Esecutiva del Nuovo .....	4-6 mesi
Indizione Gara per i lavori di realizzazione	2-4 mesi
Aggiudicazione gara per i lavori e posa prima pietra	4-6 mesi
Esecuzione dei lavori	84-120 mesi
Collaudo e accreditamento del Nuovo Ospedale .....	12 mesi



## Quadro Economico

<b>Lavori a base d'asta</b>		<b>182.000.000,00€</b>
<b>Somme a disposizione</b>		
IVA su lavori	18.200.000,00€	
Espropriazioni	-----	
Spese tecniche, collaudi e conc. pareri e autorizzazioni	34.650.000,00€	
Altre somme a disposizione	65.150.000,00 €	
Attrezzature tecnologiche e arredi (IVA compresa)	48.000.000,00€	
<b>Totale somme a disposizione</b>		<b>166.000.000,00€</b>
<b>Costo Complessivo I.V.A. compresa</b>		<b>348.000.000,00 €</b>

**La copertura finanziaria dell'intervento del costo complessivo di € 348.000.000,00 è assicurata (ripartita nelle quote 95% Stato, per € 330.600.000,00 e 5% Regione Siciliana, per € 17.400.000,00) dai fondi art. 20 legge 67/88.**



## **INTERVENTO N. 4**

### **Realizzazione del Polo Oncoematologico nella zona Nord di Palermo**

#### **Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello"**

**Art. 20 legge 67/88**



Indice

Premessa .....

PARTE 1. Inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico .....

1.1 Inquadramento territoriale .....

    1.1.1 L'area d'intervento: descrizione delle caratteristiche storiche, ambientali ed urbanistiche dell'area  
        oggetto di intervento .....

PARTE 2. L'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" nella zona Nord di Palermo .....

    2.1 Studi preliminari e relazioni specialistiche sull'area individuata .....

    2.2 Il territorio e la popolazione .....

    2.2 I servizi aziendali centralizzati .....

    2.3 Dotazione posti letto nell'attuale configurazione .....

PARTE 3. Il Nuovo Polo Oncoematologico nella zona Nord di Palermo .....

    3.1 Il Nuovo Polo Oncoematologico nella zona Nord di Palermo .....

        3.1.1 Indicazioni per la Progettazione.....

        3.1.2 Obiettivi generali, esigenze e bisogni da soddisfare .....

        3.1.3 Modello funzionale ed organizzativo.....

        3.1.4 Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali .....

        3.1.5 Il contesto normativo di riferimento .....

    3.2 Metaprogetto del Nuovo Ospedale Palermo Nord - Polo Oncoematologico .....

PARTE 4. Dimensionamento economico del Nuovo Polo Oncoematologico .....

    4.1 Metodologia ed analisi .....

    4.2 Stima dei costi di demolizione .....

    4.3 Stima dei costi di nuova costruzione e recupero manufatti esistenti da mantenere .....

PARTE 5. Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Polo  
Oncoematologico .....

    5.1 Procedimento di approvazione del progetto in variante .....

    5.2 Procedura per l'acquisizione del Progetto Esecutivo .....

    5.3 I tempi di realizzazione del progetto .....

    5.4 La procedura di affidamento dei lavori di costruzione del Nuovo Polo Oncoematologico .....

    5.5 Cronoprogramma fasi attuative .....

    5.6 Quadro Economico .....

## Premessa

Già con il Piano sanitario nazionale del triennio 1994-1996, finalizzato all'individuazione dei bisogni di salute e della domanda di prestazioni sanitarie nel Paese, è stata identificata tra le "Azioni programmate" da intraprendere la prevenzione e la cura delle malattie oncologiche.

Al fine di fornire linee di indirizzo e coordinamento, finalizzate al raggiungimento di livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale, sono state elaborate apposite linee-guide in applicazione di quanto previsto nel Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996, concernenti l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia.

La riorganizzazione e l'adeguamento delle strutture oncologiche territoriali alle reali necessità della popolazione devono essere valutati in base al bacino di utenza di ogni singola struttura e al numero stimato dei potenziali utenti.

È prerogativa delle Regioni definire, nel proprio territorio, principi organizzativi, caratteristiche e distribuzione territoriale delle strutture e loro numero anche in rapporto alle caratteristiche del territorio, alle realtà già operanti ed alle priorità locali.

Anche il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019 (PNP) e il nuovo PNP 2020-2025 hanno investito nella promozione della salute nonché nel miglioramento dell'offerta. In particolare, il PNP 2020-2025 mira a superare le criticità, prevalenti nelle Regioni del Sud, e a potenziare le azioni volte a promuovere l'adozione di strategie mediante la realizzazione di una serie di misure atte a potenziare la lotta contro il cancro.

Anche il Piano europeo contro il cancro 2021 (*Europe's beating cancer plan*), presentato a febbraio 2021 quale strumento di indirizzo generale delle politiche a livello europeo in questo campo, intende rafforzare la prevenzione e il controllo delle malattie oncologiche, attraverso quattro aree di azione principali: prevenzione; diagnosi precoce; diagnosi e trattamento; miglioramento della qualità di vita.

In accordo con le indicazioni proposte a livello europeo e data l'evidente urgente esigenza di migliorare le azioni per la prevenzione, la diagnosi, la cura e l'assistenza al malato oncologico in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, empowerment e gradimento dei pazienti, il 26 gennaio 2023 è stato adottato il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 - documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027.

Sviluppato secondo un approccio globale e intersettoriale, con una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico, compreso il miglioramento delle cure e la prevenzione delle recidive, **il Piano pone l'attenzione sulla centralità del malato e sulla riduzione o eliminazione delle disuguaglianze nell'accesso agli interventi di prevenzione e cura** che attualmente determinano nelle Regioni del Sud del nostro Paese una mobilità sanitaria passiva con una "fuga" verso le Regioni del Nord: in testa, con principale capacità di attrazione, Lombardia ed Emilia Romagna che insieme contribuiscono ad oltre 1/3 della mobilità attiva; a seguire Veneto, Lazio, Toscana e Piemonte.

Il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 individua obiettivi e linee strategiche in coerenza con il Piano europeo contro il cancro e dovrà essere recepito con provvedimenti propri dalle Regioni e dalle Province autonome che adotteranno le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione.

In tale ottica è necessario un ripensamento delle reti territoriali di prevenzione e dei percorsi di presa in carico dei pazienti che, garantendo la centralità della persona, siano fortemente orientati ai bisogni della comunità. È sempre più evidente, infatti, che per la salute pubblica è necessaria l'attenzione ai determinanti sociali e ambientali e che il territorio deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) ed affrontare le sfide della promozione della salute e della prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.

La centralità della persona e delle comunità è uno dei temi più ricorrenti delle politiche sanitarie e sociosanitarie introdotte in questi ultimi anni a livello nazionale ed internazionale, in particolare di "Salute 2020". Affermare la centralità della persona e delle comunità nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria significa

riconoscere che la salute, individuale e collettiva, è un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici. In tale contesto la promozione della salute è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo nell'obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo (empowerment) che mantenga o migliori il capitale di salute.

Ne discende l'indifferibile urgenza di un Polo Oncologico, rispondente agli attuali riferimenti di assistenza sanitaria pubblica, che dimensionato per un bacino di utenza di almeno                      abitanti deve comprendere obbligatoriamente strutture di oncologia medica, radioterapia e chirurgia, tutte a livello apicale, per garantire una effettiva attività integrata da svolgere preferibilmente in una stessa sede. Partecipano altresì i servizi di anatomia patologica, diagnostica strumentale e di laboratorio, anestesia e rianimazione, riabilitazione, psicologia, servizi di assistenza sanitaria e sociale. Il polo oncologico deve essere dotato di posti letto in degenza continua e in day hospital, adeguati per un ottimale svolgimento delle attività e funzionalmente gestiti in modo collegiale.

In tale contesto, in attuazione di quanto disposto dal D.A. 155/2023 e confermato dal D.A. n. 283/2023, si inserisce la procedura di evidenza pubblica per l'affidamento della progettazione del nuovo ospedale Palermo Nord - Polo Oncoematologico.

L'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello" ha già da tempo avviato iniziative e studi volti alla realizzazione di un nuovo ospedale che possa rispondere alle esigenze di una moderna sanità, volta a soddisfare in primis il bisogno di assistenza del malato, in grado di fornire prestazioni sanitarie avanzate ed un confort alberghiero adeguato ai moderni standard, nonché una struttura accreditabile secondo le direttive Nazionali e Regionali, non ultimo il D.A. 890/2002 e ss.mm. e ii.

Quale sede del Polo Oncoematologico, è stata individuata l'area che attualmente accoglie il Presidio Ospedaliero "V. Cervello". Ai fini della realizzazione del nuovo complesso, si prevede il recupero di alcuni padiglioni da mantenere e la demolizione dei restanti corpi di fabbrica.

Nel rispetto del principio di "non sovrapposizione" e coerenza con la restante programmazione sanitaria, si dovrà tener conto di alcuni degli interventi disposti dal Soggetto Attuatore protempore ex Ordinanza n. 25/2020, che riguardano vari piani del Padiglione "A", incluso il piano rialzato in cui si prevede l'ampliamento del Pronto Soccorso adulti, con l'impiego di € 21.627.220,94 a valere su risorse ex D.L. n. 34/2020 e risorse regionali, giusto D.A. 1014/2021.

Preliminarmente, si è proceduto ad una verifica della effettiva parametrizzazione del costo a posto letto, attualizzato con un incremento medio dei prezzi, discendente dall'applicazione degli intervenuti 2 prezzari regionali: la previsione del costo complessivo dell'intervento si attesta a circa € 240.000.000,00, confermando quindi la previsione della DGR n. 347/20219.

Si prevede per il Polo Oncoematologico una dotazione di posti letto pari a 400, per un importo complessivo di € 240.000.000,00, di cui € 228.000.000,00 quota Stato pari ad €12.000.000,00 quota Regione pari 5%, giusta Delibera di Giunta Regionale n. 347 del 26 settembre 2019.



## PARTE 1. Inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico

### 1.1 Inquadramento territoriale

L'azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello" di Palermo, istituita con la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, è nata dalla unificazione delle ex aziende ospedaliere "Vincenzo Cervello" e "Villa Sofia - CTO" ed include i seguenti presidi e sedi:

- Sede Legale, ubicata in viale Strasburgo n. 233;
- Presidio Ospedaliero "Villa Sofia" (con accesso dal civ. n. 1 della piazzetta Salerno), con prevalenti attività assistenziali di tipo chirurgico;
- Presidio Ospedaliero C.T.O. (con accesso dal civ. n. 2 della via N. Cassarà), a vocazione riabilitativa;
- Presidio Ospedaliero "Vincenzo Cervello" (con accesso da via Trabucco), con prevalenti attività assistenziali di tipo medico;
- Presidio Ospedaliero di via Ingegneros (con accesso dalla predetta via).
- Presidio Ospedaliero "Casa del Sole" (dall'anno 2013, è stato concesso in uso gratuito all'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo).



Fig. 1 - Veduta satellitare con ubicazione dei presidi afferenti all'A.O.O.R. Villa Sofia - Cervello ("Google Maps")



Fig. 2 - Veduta satellitare del P.O. "V. Cervello"



Fig. 3 - Veduta satellitare del P.O.: "Villa Sofia"

## 1.1.1 L'area d'intervento: descrizione delle caratteristiche storiche, ambientali ed urbanistiche dell'area oggetto di intervento

Il Presidio Ospedaliero "V. Cervello", il cui nucleo originario, quale dispensario antitubercolare, risale agli inizi del XX secolo, si inserisce in un contesto divenuto col tempo di media/alta densità abitativa, in ragione dell'espansione urbana – sostanzialmente verificatasi nella seconda metà del secolo scorso - che ha visto l'area originariamente periferica ed esterna, in cui il nosocomio si inserisce, trasformarsi in un disordinato tessuto urbano.

L'ubicazione del nosocomio in una zona così fortemente urbanizzata presenta non poche problematiche; la necessità di progressivi ampliamenti in un'area costretta all'interno di un fitto tessuto urbano ove non è possibile prevedere alcuna espansione, ha comportato nel tempo la saturazione degli spazi disponibili. Nell'attuale configurazione, il Presidio Ospedaliero presenta un tessuto edilizio poco organico ed omogeneo: gli interventi di ampliamento rispetto al nucleo originario avvenuti nel tempo sono stati realizzati senza la preventiva elaborazione di uno strumento urbanistico esecutivo, non ricercando alcun dialogo con quanto già presente, aprendo forse la maglia ad un inesorabile declino, che ha visto impoverire sempre più nel tempo l'importanza architettonica dell'originario insediamento. Nell'attuale assetto si rinvengono padiglioni che, oltre ad essere tipologicamente anacronistici, risultano inadeguati alle attuali esigenze e tendenze dell'architettura sanitaria. Rilevanti criticità di carattere urbanistico si riscontrano inoltre nelle superfici destinate a verde ed in quelle destinate a parcheggio, decisamente insufficienti rispetto agli attuali vigenti standard urbanistici.

Configurazione questa che rende l'attuale nosocomio molto distante da quegli aspetti di urbanità e socialità evidenziati dal "Nuovo Modello di Ospedale" per acuti e confermati dal modello di "Ospedale a cure integrate centrate sul paziente".

### 1.1.1.1 Presidio Ospedaliero "Vincenzo Cervello"

L'area sede del P.O. "V. Cervello" è ubicata nella zona Nord Ovest della città di Palermo e risulta delimitata a Nord dall'area del Fondo Malatacca (di cui una parte è occupata dal cantiere dell'Ospedale Pediatrico di Eccellenza ex Centro di Eccellenza Materno Infantile dell'A.R.N.A.S. "Civico-Di Cristina-Benfratelli), a Est da via Regione Siciliana e da via Trabucco, a Sud dalla via Trabucco verso il quartiere "Cruillas-San Giovanni Apostolo" e ad Ovest dal Monte Caputo.



Fig. 4 - Planimetria generale del P.O. "V. Cervello"

Dal punto di vista catastale, l'area è individuata al N.C.E.U. del Comune Censuario di Palermo, Foglio 28, particella 2029, e presenta una superficie pari a circa 117.000 m<sup>2</sup>.

Si riporta di seguito lo stralcio del Foglio catastale n. 28 in cui l'intera area ricade.



Fig. 5 - Stralcio del Foglio catastale n. 28 in cui il P.O. "V. Cervello" ricade (part.IIa n. 2029)



Fig. 6 - Veduta del Presidio Ospedaliero "V. Cervello"

### Il nucleo originario del nosocomio: il Padiglione "B"

Le origini del nosocomio risalgono agli inizi del XX secolo. Per la realizzazione dell'ospedale, adibito a dispensario antitubercolare, il farmacologo Vincenzo Cervello chiese aiuti finanziari agli uomini più autorevoli della città e ad enti pubblici riuscendo a raccogliere le somme necessarie. Ottenuta la concessione di un terreno ai Petrazzi, il 24 Luglio 1905 iniziarono i lavori, durante i quali un grande contributo, per la direzione e progettazione, fu dato dall'architetto Ernesto Basile. Il padiglione fu inaugurato il 28 Novembre 1909, dopo quattro anni dall'inizio dei lavori e fu uno dei primi sanatori costruiti in Italia, insieme a quello di Budrio in Emilia Romagna. Il sito scelto per la costruzione del nuovo centro ricadde in un'area ai piedi del Monte Caputo, a nord – ovest della città, di proprietà dell'Ospedale Civico e Benfratelli. Il sanatorio era composto da tre fabbricati con esposizione sud – est, al fine di garantire migliori condizioni climatiche. Le camere ospitavano da uno a quattro posti letto ed erano previsti in sezioni separate i luoghi di degenza per i pazienti gravi. Ogni edificio era dotato di spazi esterni per l'elioterapia e di un solarium all'ultimo piano; la struttura era pensata per il benessere complessivo dei pazienti, spesso lungodegenti, ed era pertanto dotata di una biblioteca, di un refettorio, di un piccolo teatro ed ospitava la redazione del "Frullino". Un ampio giardino circondava i fabbricati.

Al 1913 risale l'apertura del dispensario, realizzato grazie al contributo del Banco di Sicilia. La realizzazione di una struttura di assistenza terapeutica antitubercolare rappresentava un fatto innovativo per l'Italia dell'epoca (il Sanatorio Cervello fu il secondo sanatorio popolare della nazione), arretrata da questo punto di vista rispetto ai paesi esteri, ai quali il Cervello si ispirava.

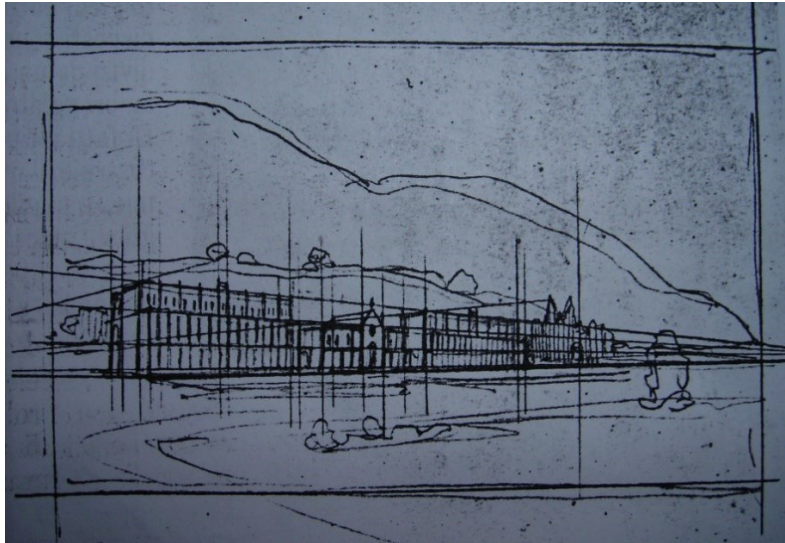


Fig. 7 - Schizzo prospettico di Ernesto Basile per il progetto di ampliamento del sanatorio Cervello



Fig. 8 - Il sanatorio dopo il primo ampliamento del 1918



Fig. 9 - Immagine storica dei corpi B1, B2, B3 e B4



Fig. 10 - Immagine storica dei corpi B1, B2, B3 e B4

Nell'attuale consistenza, il Padiglione "B" è costituito da n. 6 corpi di fabbrica che presentano evidenti tracce di interventi manutentivi, talvolta invasivi e poco organici.

Dal 1922 (quattro anni dopo la morte del suo fondatore), anno in cui divenne il principale centro per le malattie respiratorie in Sicilia, fino agli anni '60, la struttura rimase un sanatorio popolare. L'utenza, quantificabile in circa 400 pazienti cronici, aveva tempi di permanenza nella struttura compresi fra i 2 e i 15 anni.

A partire dagli anni '70 ebbe inizio la trasformazione del complesso, anche grazie alla riduzione significativa dei malati di tubercolosi e alla necessità di nuove strutture ospedaliere in città. Fondamentali furono in tal senso le azioni del Direttore Sanitario dell'epoca, Sebastiano D'Agostino, volte a trasformare il centro per integrarlo nell'offerta sanitaria della città. L'attivazione di Centri di Eccellenza e di riferimento ad alta specializzazione oltre allo sviluppo in campo Pneumologico, quali quelle in Epatologia, Cardiologia, Ematologia, contribuirono alla trasformazione dell'Ospedale facendogli assumere l'assetto odierno. Il contributo del CNR ed il rapporto con l'Università risultarono di fondamentale importanza per raggiungere rilevanti risultati anche nel campo della Ricerca e della Sperimentazione su livello nazionale ed internazionale.

### Il Padiglione "A"

Il Padiglione "A" è composto da corpi di fabbrica fra loro collegati per realizzare tre blocchi principali: il blocco "A - B - C" e il blocco "D - E", con sette elevazioni fuori terra; il corpo "G", più basso a tre elevazioni. Risale alla fine degli anni Ottanta la realizzazione di due rampe e di un viadotto per consentire l'accesso diretto ai primi piani dei blocchi "G" ed "E" e la realizzazione di un nuovo corpo "F", in adiacenza al blocco "E".

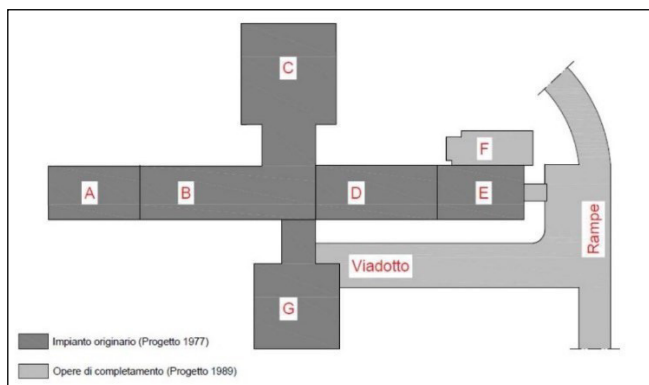


Fig. 11 - Schema planimetrico del Pad. A fine anni '80

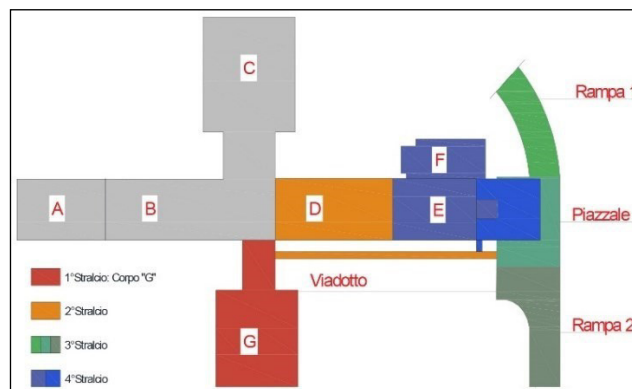


Fig. 12 - Schema planim. dell'ampliamento nel Pad. A

Il progetto del Padiglione "A", concepito fondamentalmente a "blocco multipiano", sembra aver privilegiato il fronte sud e la testata est, orientate verso la città di Palermo: nel sistema delle logge che scandiscono la facciata e nella sua articolazione che evidenzia lo sviluppo "lineare" richiama la concezione di un "moderno" modello di ospedale tipico dell'epoca. I restanti fronti non denotano un equivalente studio architettonico ed un'attenzione verso l'importante architettura del Basile cui risultano prospicienti.

### Strutture di espansione

Anche le realizzazioni avvenute successivamente sembrano essere state realizzate senza alcun programma preciso, non ricercando alcun dialogo con quanto realizzato, aprendo forse la maglia ad un inesorabile declino, che ha visto impoverire sempre più nel tempo l'importanza architettonica originaria dell'intero insediamento. Agli anni '90 risale la trasformazione da Ospedale Specializzato a Ospedale Generale, in seguito all'attivazione di alcune unità operative in Chirurgia, rendendo l'Ospedale "Cervello" uno tra i primi centri di riferimento nel Sud. Nel 1995 l'Ospedale è stato classificato come "Ospedale di Emergenza" della Rete Ospedaliera Regionale: l'utenza proviene non solo da altre parti d'Italia, ma raccoglie anche flussi provenienti da tutto il bacino del Mediterraneo. Risale al 2018 la progettazione inerente alla ristrutturazione ed all'ampliamento dell'attuale Pronto Soccorso Adulti che prevede, tra l'altro, la realizzazione di nuovi volumi (la "camera calda" in corrispondenza del piazzale cui convergono le rampe ed il volume derivante dalla chiusura dell'area scoperta antistante il "CUP Ticket") e l'inclusione, tramite riconversione, di altri spazi esistenti. Per i suddetti lavori sono stati richiesti ed ottenuti i necessari pareri da parte degli enti competenti. Ad oggi, tali lavori non sono stati avviati in ragione della conversione di tale struttura in Pronto Soccorso per pazienti affetti da Covid- 19.

L'altro edificio di maggiore consistenza, decisamente più recente rispetto al Padiglione A, è il "Padiglione Cutino". Nato come "Campus di Ematologia Franco e Piera Cutino", è stato realizzato dal 2009 al 2012 con fondi privati, raccolti dalla famiglia Cutino, per diventare un centro di cura della Talassemia e malattie rare del sangue, centro ora dell'Associazione Piera Cutino, che fornisce ospitalità anche alle famiglie dei pazienti in cura. L'edificio, in "linea" a tre elevazioni fuori terra, oltre



piano seminterrato, è posto esattamente di fronte all'ala più antica Fig. 13 - Vista del Padiglione "Cutino" dell'originario Sanatorio (Corpo di fabbrica B1 del Padiglione B) e si contrappone, anche per i colori e l'alternarsi delle coperture, al linguaggio sobrio ed ai richiami liberty della vicina architettura del Basile.

## Configurazione urbanistica dell'area sede del nosocomio

L'area sede del nosocomio "V. Cervello" ricade, secondo il vigente Piano Regolatore Generale del Comune di Palermo, in zona territoriale omogenea F2 denominata "Ospedali, luoghi di cura, presidi sanitari e medicina di base".

Per tale area le N.T.A. prevedono, fra l'altro:

1. *Nelle zone F sono ammessi unicamente interventi edilizi destinati ad attrezzature ed impianti di interesse generale da parte dei soggetti istituzionalmente competenti. Il Consiglio comunale stabilirà i limiti dimensionali, le modalità e le priorità d'attuazione.*
2. *I servizi e le attrezzature pubbliche di interesse generale nelle zone F possono essere realizzati anche da privati, previa convenzione con il Comune volta ad assicurare l'effettiva destinazione pubblica delle opere.*
3. *Nelle zone F2 di interesse nazionale e regionale è consentita la realizzazione di strutture di ricezione finalizzate alla accoglienza di malati in day hospital e/o loro accompagnatori con una capienza massima del 5% dei posti letto nelle strutture sanitarie esistenti nella singola zona.*
4. *Le nuove opere di cui al presente articolo sono soggette al limite massimo di 3 m<sup>3</sup>/m<sup>2</sup> di densità edilizia fondiaria, con un rapporto massimo di copertura del 20%, e un indice di piantumazione arborea<sup>27</sup> non inferiore al 60%, per le aree F1- F2 - F6 - F12- F13 - F14 - F15 - F22 ed F23[...]. Per il calcolo delle densità vanno computate le cubature degli edifici esistenti.*  
*In tutte le zone F, quando la superficie sia maggiore di m<sup>2</sup> 10.000, l'attuazione dovrà essere regolata attraverso la preventiva formazione di strumenti urbanistici esecutivi estesi all'intera area da predisporre a cura dell'Ente interessato, che dovranno essere sottoposti all'approvazione del Consiglio Comunale, previo parere della Commissione Edilizia.*
5. *Le nuove aree individuate dal piano in adiacenza alle attrezzature esistenti, sono destinate prioritariamente al soddisfacimento del rapporto di copertura ed a normative specifiche di ciascun tipo di attrezzatura e subordinatamente ad eventuali espansioni della medesima.*



## Inquadramento geologico, geografico e cartografico - reti idriche e fognarie attuali

In allegato alla presente viene riportata la seguente documentazione tecnica:

- localizzazione su cartografia 2007
- inquadramento territoriale
- planimetria generale
- planimetrie A.U.A. impianti fognario ed idrico
- documentazione fotografica

### Mobilità e accessibilità

L'accessibilità all'area del P.O. "V. Cervello" non pone particolari problemi per l'utenza "extraurbana" proveniente dai centri della parte settentrionale della provincia e per gli utenti provenienti da Nord-Ovest. Vi sono invece alcune criticità per quelli provenienti da Sud - Est. L'area ospedaliera è infatti raggiungibile percorrendo Viale Regione Siciliana, circonvallazione di Palermo e unica via di accesso ai due tratti autostradali che dipartono dalla città in direzione Ovest ed Est (rispettivamente in direzione Mazara del Vallo e Catania).

L'area del P.O. "V. Cervello" è raggiungibile, a seconda della provenienza, rispettivamente:

- dall'ingresso in città dalla A19 (Palermo – Catania);
- dall'ingresso in città dalla E90 (Palermo – Catania);
- dall'ingresso in città dalla SS121;
- dall'ingresso in città dalla SS186 (Palermo – Partinico); • dall'ingresso in città dalla A29 (Palermo – Mazara del Vallo).

Gli utenti provenienti da Nord-Ovest possono raggiungere agevolmente l'area, se provenienti dall'autostrada in direzione Catania, tramite l'apposito svincolo realizzato per raggiungere il P.O. Cervello. Se provenienti dall'area Nord occidentale del centro urbano, invece, possono raggiungere Viale Regione, e dunque l'area, dopo avere percorso la rotonda di Tommaso Natale che consente l'attraversamento al di sotto della A29.

L'aspetto critico per gli utenti provenienti da Sud-Est (sia per quelli provenienti dal centro abitato o dai Comuni a Sud che per quelli provenienti dalla A19 in direzione Mazara del Vallo) è invece rappresentato dall'assenza di cavalcavia o sottopassi sufficientemente dimensionati e "diretti" abbastanza vicini all'ingresso all'area: chi proviene da tale direzione è infatti costretto obbligatoriamente a percorrere la corsia laterale di Viale Regione Siciliana che costeggia l'autostrada A29 e svoltare a sinistra attraversando il sottopassaggio disponibile dopo la rotonda di Via Belgio (che consente l'attraversamento su quota inferiore dell'autostrada). Tale passaggio, per quanto sufficientemente dimensionato, richiede agli utenti, al fine di raggiungere l'ingresso di via Trabucco e dunque l'area ospedaliera, l'attraversamento del ramo opposto di Viale Regione, manovra di per sé non eseguibile senza una certa attenzione a causa dei veicoli provenienti dalla corsia laterale di Viale della Regione Siciliana, in direzione Catania. La via Trabucco, peraltro, in tale tratto iniziale, risulta angusta, con un'unica carreggiata a doppio senso di marcia, e con diversi innesti laterali. La manovra di attraversamento tramite gli altri sottopassaggi successivi a quello di Via Trabucco, risulta inoltre inevitabile e identica anche per gli altri sottopassaggi esistenti fino a Tommaso Natale, dove è ubicata la prima rotonda disponibile che consente di immettersi agevolmente sul ramo opposto di Viale Regione Siciliana e fare pertanto ingresso all'area ospedaliera senza dovere effettuare attraversamenti.

A seconda dei punti di innesto in Viale Regione Siciliana, l'area ospedaliera è raggiungibile da:

- corso Calatafimi (7 km);
- via Leonardo da Vinci (4,1 km);
- viale Michelangelo (2,8 km);
- via Belgio (1,7 km);
- svincolo della SS113 "Sferracavallo – Mondello" (5,6 km).



Per far fronte alle criticità relative alla viabilità illustrate sarebbe consigliabile la realizzazione di un apposito svincolo dalla corsia di viale Regione Siciliana N.O. con percorrenza in direzione "Trapani".

Non ottimale risulta l'attuale l'ubicazione, all'interno dell'area del Polo Ospedaliero Cervello, della pista per l'elisoccorso esistente: quest'ultima si è infatti venuta a trovare, in seguito all'inizio dei lavori di costruzione del C.E.M.I., eccessivamente vicina all'edificio in costruzione, rendendo pertanto difficoltose le manovre di atterraggio/decollo.

### **Servizi generali**

Dal punto di vista della dotazione dei servizi alla persona offerti all'esterno della prevista nuova sede ospedaliera si rileva la presenza degli stessi ad una limitata distanza, comunque da percorrere con veicoli. Tra i servizi collettivi si rileva il trasporto pubblico a mezzo bus, sono altresì presenti, poco distanti dalla via Trabucco, stazioni di rifornimento carburante.

### **Regime vincolistico**

Dallo studio delle tavole dei vincoli, non si rilevano particolari impedimenti all'edificazione sulle aree di intervento. La vicinanza del tratto autostradale richiederà il rispetto dei dovuti distacchi, nel rispetto del Codice della Strada e dello strumento urbanistico vigente. Sull'area, e più precisamente solo sul margine occidentale dell'area (non occupato da edifici), risulta la presenza di un'area ad elevata pericolosità (aggiornamento 2018 del P.A.I.), e la presenza di faglie e sovrascorrimenti con relativo distacco di 30 metri.

## **PARTE 2. L'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" nella zona Nord di Palermo**

### 2.1 Studi preliminari e relazioni specialistiche sull'area individuata

L'A.O.O.R. "Villa Sofia- Cervello", nell'ottica di una visione strategica orientata al costante miglioramento organizzativo, logistico e strutturale, teso a garantire appropriatezza, tempestività, efficacia e qualità dei servizi, in condizioni di sicurezza e nel rispetto della persona, attraverso una gestione efficiente delle risorse, ha nel tempo redatto studi preliminari nonché uno studio di fattibilità in cui, per tutti i presidi ad essa afferenti, sono stati analizzati i seguenti aspetti:

- situazione alberghiera attuale: numero dei posti letto di cui è dotato ciascun presidio ospedaliero;
- situazione alberghiera futura: numero dei posti letto da prevedere, in attuazione del nuovo polo oncologico – oncoematologico;
- standard urbanistici attuali e futuri;
- intervento strutturale e urbanistico da realizzare, tenendo conto dell'aumento degli standard urbanistici; □ valutazione economica dell'intervento di nuova costruzione.

## 2.2 Il territorio e la popolazione

### Territorio

L'ambito territoriale dell'Azienda coincide con quello dell'Area Nord della città di Palermo.

### La mission istituzionale

L'Azienda assicura, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione nazionale e regionale, l'erogazione delle prestazioni essenziali e appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi per i cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con tutti gli Enti pubblici e, in particolare, con gli Enti Locali per i tramite della Conferenza dei Sindaci, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché la ottimizzazione ed integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali tenendo conto anche degli esiti della concertazione di vasta area. La Missione Strategica dell'Azienda è di garantire la tutela della salute sia individuale che collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile. Tale obiettivo è perseguito garantendo la disponibilità e l'accesso alle diverse tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza erogate direttamente o da altre Aziende del SSN, pubbliche o private, favorendo lo sviluppo delle cure primarie nonché l'appropriatezza clinica e organizzativa. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del SSR assicurando gli aspetti organizzativi e gestionali dei programmi generali da svolgere per raggiungere gli obiettivi definiti dalla Regione.

### L'organizzazione delle attività assistenziali

La mission aziendale è rappresentata da tutte quelle attività che l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" eroga in virtù del bisogno sanitario rilevato, disposizioni di legge o in seguito ad accordi liberamente stipulati con enti, associazioni, imprese o cittadini per il raggiungimento diretto o indiretto delle sue finalità istituzionali. In particolare è oggetto della sua attività:

- i ricoveri di pazienti sia in regime ordinario che di ospedale di un giorno (day hospital - day surgery), sia d'urgenza che programmati (o di elezione);
- le attività sanitarie specialistiche a favore sia di pazienti ricoverati che ambulatoriali, rese in ambulatori ospedalieri o territoriali ed anche a domicilio, per il tramite di medici specialisti ospedalieri o convenzionati con la collaborazione di personale sanitario per legge autorizzato, secondo quanto previsto dal nomenclatore tariffario vigente nel tempo, nonché ogni prestazione sanitaria ambulatoriale non vietata dalla legge o sconsigliata dalla prevalente letteratura scientifica e che, secondo scienza e coscienza dello specialista medico, possa recare utilità all'utente ripristinando le condizioni di salute o le migliori qualità della vita possibile;

I prodotti ed i servizi erogati dalle varie aree operative presenti in Azienda sono specificamente riportati nella Carta dei Servizi ove vengono riportati, oltre ai prodotti e servizi erogati, la sede di erogazione delle prestazioni, il destinatario, i responsabili, gli orari e le modalità di accesso ai servizi. L'accesso alle prestazioni è organizzato secondo criteri di priorità per l'accesso in relazione a valutazioni di appropriatezza e di urgenza, garantendo l'uniformità e la trasparenza dell'accesso e nel tentativo di contrastare il forte squilibrio economico finanziario dovuto anche all'eccesso di mobilità passiva. Nello specifico, per l'area ospedaliera questo obiettivo verrà perseguito in vari modi: convertendo alcune tipologie di ricoveri ordinari in forma di assistenza in day service, day hospital o ambulatoriale, soprattutto là dove esistono indicazioni di maggiore appropriatezza di questi ultimi, attraverso la riorganizzazione della distribuzione dei posti letto al fine di recuperare in efficienza e strutturare percorsi di cura più razionali ed efficaci.

### La rete regionale dei servizi sanitari

Nella propria attività l'Azienda assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi ed i vincoli definiti dalla Regione Siciliana. Il Servizio Sanitario Regionale costituisce un sistema unitario nel quale si integrano in rete i servizi e le attività delle aziende sanitarie, come declinate anche dalla programmazione di ambito provinciale e nella pianificazione attuativa aziendale e distrettuale, attraverso gli strumenti previsti dalla normativa

e dagli atti di programmazione regionale. L'Azienda, pertanto, si impegna attivamente nell'ambito del Bacino Sicilia Occidentale, di cui all'art. 5, comma 9 lett. a) della L.R. 14 aprile 2009 n. 5, a contribuire allo sviluppo a rete del sistema sanitario regionale partecipando alla programmazione interaziendale finalizzata all'integrazione ottimale delle attività sanitarie delle Aziende facenti parte del Bacino medesimo in relazione agli accertati fabbisogni sanitari ed alle esigenze sociosanitarie; in particolare, sulla base degli indirizzi forniti dal Comitato di Bacino, si impegna, ex art. 15 comma 1 delle L.R. 14 aprile 2009 n. 5, ad operare in rete con le altre Aziende del Servizio sanitario regionale attraverso il sistema telematico, il collegamento ed il coordinamento delle funzioni sociosanitarie ed assistenziali per assicurare all'utente l'appropriatezza dell'intero percorso di accoglienza, presa in carico, cura e dimissione anche protetta.

## L'integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria garantisce che le attività sanitarie di base, specialistiche territoriali siano armonizzate con l'attività ospedaliera per garantire il processo non solo della continuità terapeutica, ma anche dell'integrazione con i servizi sociali, attività, quest'ultima, che resta a carico degli enti locali e del terzo settore. L'integrazione socio-sanitaria, d'altronde, rappresenta un'opzione strategica nella misura in cui una sua adeguata implementazione garantisca una ricaduta positiva nell'ambito della sanità in termini sia di eguaglianza ed appropriatezza che di economicità, evitando che la persona con bisogni prioritari di carattere sociale sia impropriamente ospitata presso strutture sanitarie. Un avviato sistema sociosanitario consente pertanto di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sanitarie e sociali.

## L'unitarietà della gestione

L'assetto organizzativo, di cui all'organigramma aziendale di seguito riportato, è finalizzato al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati attraverso attività di progettazione coordinate e lo sviluppo di processi di formazione ed aggiornamento continuo dei propri operatori.

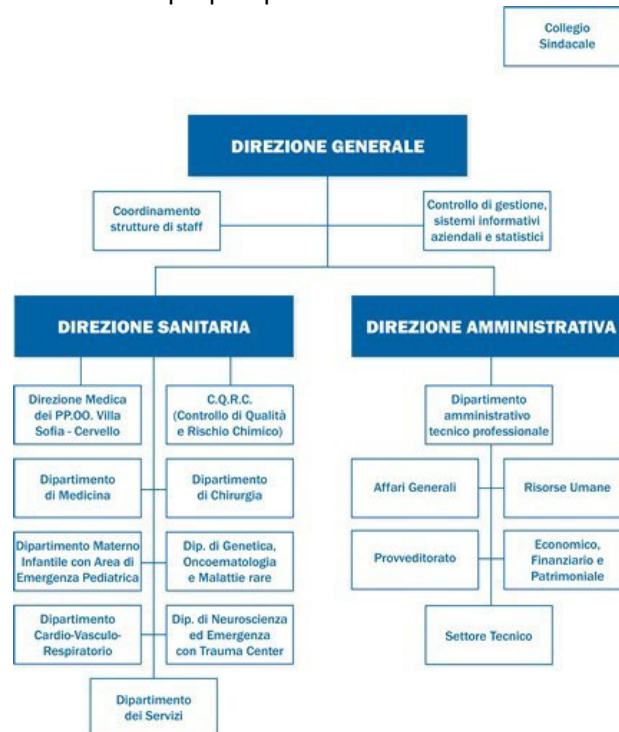


Fig. – L'organigramma aziendale

Tale assetto deve favorire, secondo i principi di unità ed omogeneità dell'azione:

- l'accessibilità ai servizi per i cittadini;
- l'equità nell'erogazione di prestazioni appropriate al bisogno ed ispirate all'umanizzazione;
- la semplificazione burocratica dell'accesso ai servizi stessi;
- la trasparenza delle azioni e delle attività dell'Azienda;
- la tutela del diritto da parte dei cittadini-utenti alla riservatezza.

Esso dovrà inoltre rispondere alle esigenze di economicità della gestione per un pieno e corretto utilizzo delle risorse disponibili. L'azienda assume, quale obiettivo fondamentale, l'utilizzo delle risorse al fine di rendere massima l'efficienza nella produzione di servizi sanitari appropriati rispetto ai bisogni della comunità e ad un'efficace azione per la cura della malattia e la promozione della salute.

### **L'integrazione ospedale-territorio**

La rete ospedaliera rende a migliorare la qualità dell'assistenza anche attraverso una progressiva e crescente integrazione tra ospedale e territorio. Il bisogno di salute è soddisfatto potenziando i servizi alternativi al ricovero tradizionale ordinario (D.H. /D.S. e PACS) ed attuando i percorsi-diagnosticoterapeutici-assistenziali (PDTA) che rappresentano lo strumento prioritario per l'integrazione ospedale-territorio.

L'integrazione della rete ospedaliera con quella territoriale assicura la multidisciplinarietà del percorso assistenziale e riabilitativo compresa l'attività di prevenzione ed il trattamento della cronicità.

Alla base di una corretta integrazione ospedale e territorio dunque la rete ospedaliera pone in essere:

- analisi dei bisogni;
- prevenzione per contrastare i fattori di rischio delle malattie cronico degenerative;
- governo della domanda a livello distrettuale;
- efficace ed efficiente nella cura dell'acuzie;
- sinergia tra professionisti diversi (MMG/PLS e Medici Specialisti territoriali ed ospedalieri) che si relazionano in modo efficace avendo a riferimento centrale l'interesse del paziente.

### **L'innovazione gestionale e tecnologica**

L'Azienda è fortemente impegnata sul fronte della innovazione sia per la continua modifica nella domanda e sia nei processi assistenziali, a loro volta derivati sia dalle nuove tecnologie e dal loro utilizzo, nonché dalle sempre crescenti aspettative sugli esiti delle cure.

L'Azienda, pertanto, orienta la propria azione ad un governo coerente dell'innovazione basato sulla adesione ai progetti regionali, sulla valorizzazione delle proposte proveniente dal corpo clinico, sulla spinta originata dall'intervenuto riordino del SSR con le modifiche agli assetti territoriali ed organizzativi che ciò ha comportato.

Con riguardo alla innovazione gestionale, l'Azienda tende al consolidamento degli strumenti di gestione, introdotti al realizzarsi della precedente aziendalizzazione, quali la pianificazione strategica, il budget, i sistemi di qualità, etc.

Ciò non esclude che le sempre maggiori esigenze legate alla ricerca di una revisione dell'organizzazione e delle prestazioni in termini di sostenibilità con le risorse umane ed economiche disponibili, possano portare alla scelta di nuovi strumenti di gestione non sovrapposti ma integrati a quelli in uso.

La pianificazione degli investimenti tecnologici è, a sua volta, tendenzialmente orientata al completamento del rinnovo ed al potenziamento delle tecnologie sanitarie, ricercando, sempre nell'ambito delle esigenze di sostenibilità economica e di risorse umane, la massima coerenza tra patrimonio tecnologico, sviluppo clinico, struttura organizzativa e pianificazione delle attività nell'ambito di un sistema centrato sui principi di rete (ospedaliera e territoriale) e di integrazione tra ospedale e territorio. In quest'ottica l'Azienda aderisce al piano di sviluppo dell'Health Technology Assessment promossa dal Servizio Sanitario

Regionale, quale metodologia di orientamento delle scelte e di adozione ed uso delle tecnologie sanitarie.

## 2.2 I servizi aziendali centralizzati

Afferiscono al Dipartimento dei Servizi Aziendali le seguenti unità operative al cui interno apposite strutture garantiscono le prestazioni di seguito indicate:

- U.O.C. di Farmacia, al cui interno è presente l'UFA per la produzione dei farmaci antiblastici
- Unità Operativa di Microbiologia e Virologia: Batteriologia e Parassitologia, Biologia molecolare PCR, PCR Real Time per HCV, HBV, HIV, citomegalovirus, micoplasmi, etc., Genotipizzazione (HCV e HPV), Ricerche anticorpali (gruppo torch, micoplasmi, chlamydiae, toxo e cito avidità, leishmania, elicobacter, etc...)
- Unità Operativa di Patologia Clinica: Esami diagnostici di laboratorio
- Unità Operativa di Radiologia: Tomografia Assiale Computerizzata, incluse Angio-tac e Cardio-tac, Angiografia, Radiologia tradizionale, Ecotomografia internistica, Radiologia interventistica, Risonanza Magnetica

Afferiscono invece al Dipartimento di Ematologia e Malattie Rare:

- Centro di Qualità e Rischio Chimico (CQRC)
- Genetica Clinica con Centro Down
- Malattie Rare del Sangue e degli Organi Ematopoietici
- Medicina Trasfusionale con Centro di Qualificazione Biologica - Medicina Trasfusionale e dei Trapianti

Tra i Servizi Centralizzati rientra altresì la Centrale di Sterilizzazione afferente al coordinamento dei complessi operatori.

### 2.3 Dotazione posti letto nell'attuale configurazione

È di seguito riportata l'attuale configurazione dei posti letto per tutti i presidi ospedalieri aziendali (Cervello, Villa Sofia e C.T.O.):

TIPO	DESCRIZIONE	POLO	P.L.
<b>DIP</b>	<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA</b>		<b>140</b>
UOC	Medicina interna I	Villa Sofia	28
UOC	Medicina interna II	V. Cervello	17
UOS	Medicina interna II	V. Cervello	0
UOC	Gastroenterologia	V. Cervello	16
UOS	Gastroenterologia	V. Cervello	0
UOC	Malattie Infettive e Tropicali	V. Cervello	20
UOC	Nefrologia e Dialisi	V. Cervello	10
UOC	Lungodegenza	C.T.O.	32
UOC	Recupero e Riabilitazione Funzionale	C.T.O.	12
UOSD	Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (M.I.C.I.)	V. Cervello	5
<b>DIP</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA</b>		<b>86</b>
UOC	Chirurgia Generale e d'Urgenza	Villa Sofia	16
UOC	Chirurgia Generale e Oncologica	V. Cervello	16
UOSD	Chirurgia Generale e Oncologica	V. Cervello	0
UOC	Urologia	Villa Sofia	16
UOS	Urologia	Villa Sofia	0
UOS	Urologia	V. Cervello	2
UOC	Chirurgia Vascolare	Villa Sofia	10
UOC	Otorinolaringoiatria	Villa Sofia	8
UOS	Otorinolaringoiatria	V. Cervello	2
UOC	Oculistica	C.T.O.	4
UOS	Oculistica	V. Cervello	2
UOC	Odontoiatria e Stomatologia	C.T.O.	8
UOS	Uroginecologia	Villa Sofia	2
UOSD	Chirurgia Oncologica in Senologia	Villa Sofia	0
<b>DIP</b>	<b>DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA</b>		<b>57</b>
UOC	Oncologia	V. Cervello	14
UOS	Oncologia	Villa Sofia	2
UOC	Ematologia ad indirizzo oncologico	V. Cervello	18
UOS	Ematologia ad indirizzo oncologico	V. Cervello	2
UOSD	UTMO	V. Cervello	12
UOSD	Laboratorio di Oncoematologia e Manipolazione Cellulare	V. Cervello	0
UOC	Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione	V. Cervello	6
UOSD	Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione	V. Cervello	0
UOC	Anatomia Patologica	V. Cervello	0
UOS	Anatomia Patologica	Villa Sofia	0
UOC	Medicina nucleare	Villa Sofia	0
UOS	Terapia Radiometabolica	Villa Sofia	2





<b>DIP</b>	<b>DIPARTIMENTO MATERNO – INFANTILE</b>		<b>106</b>
UOC	Ostetricia e Ginecologia <b>CON AREA DI EMERGENZA PEDIATRICA</b>	V. Cervello	24
UOSD	Ostetricia e Ginecologia	V. Cervello	0
UOSD	Ostetricia e Ginecologia	V. Cervello	10
UOC	Pronto Soccorso Pediatrico e Accettazione con O.B.I.	V. Cervello	0
UOC	Neonatologia	V. Cervello	12
UOS	Neonatologia	V. Cervello	0
UOSD	Terapia Intensiva Neonatale	V. Cervello	10
UOS	Terapia Intensiva Neonatale	V. Cervello	0
UOC	Pediatria	V. Cervello	20
UOS	Pediatria	Villa Sofia	2
UOSD	Chirurgia Pediatrica	V. Cervello	10
UOS	Chirurgia Pediatrica	V. Cervello	0
UOC	Ortopedia Pediatrica	V. Cervello	8
UOS	Ortopedia Pediatrica	V. Cervello	0
UOSD	Terapia Intensiva Pediatrica	V. Cervello	4
UOSD	Endocrinologia in età evolutiva	V. Cervello	1
UOSD	Cardiologia Pediatrica	Villa Sofia	5
<b>DIP</b>	<b>DIPARTIMENTO DI EMATOLOGIA E MALATTIE RARE</b>		<b>16</b>
UOC	Malattie rare del sangue e degli organi ematopoietici	V. Cervello	16
UOS	Malattie rare del sangue e degli organi ematopoietici UOS1	V. Cervello	0
UOS	Malattie rare del sangue e degli organi ematopoietici UOS2	V. Cervello	0
UOSD	Genetica Clinica con Centro Down	V. Cervello	0
UOS	Genetica Medica - Diagnostica Molecolare Malattie Rare	V. Cervello	0
UOSD	Laboratorio di Citogenetica Medica e Genetica Molecolare	V. Cervello	0
UOC	Medicina Trasfusionale (V.S.) con Centro di Qualificazione	Villa Sofia	0
UOC	Biologica <sup>a</sup> Medicina Trasfusi onale (V.S.) e dei Trapianti	V. Cervello	0
UOC	Centro Qualità e Rischio Chimico (CQRC)	V. Cervello	0
<b>DIP</b>	<b>DIPARTIMENTO CARDIO - VASCULO - RESPIRATORIO</b>		<b>121</b>
UOC	Pneumologia	V. Cervello	32
UOS	Pneumologia	V. Cervello	8
UOSD	Broncologia diagnostica e interventistica	V. Cervello	0
UOSD	Immunopatologia polmonare, Malattie rare e Allergologia	V. Cervello	12
UOC	Chirurgia Toracica	V. Cervello	10
UOS	Chirurgia Toracica	V. Cervello	0
UOC	Cardiologia V.S.	Villa Sofia	20
UOC	Cardiologia V.C.	V. Cervello	17
UOS	UTIC V.S.	Villa Sofia	8
UOS	UTIC V.C.	V. Cervello	8
UOS	Emodinamica V.S.	Villa Sofia	0



UOS	Emodinamica V.C.	V. Cervello	0
UOS	Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione	Villa Sofia	4
<b>DIP</b>	<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZA</b>		<b>140</b>
UOC	<b>EMERGENZA CON TRAUMA CENTER</b> Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza V. Sofia	Villa Sofia	10
UOC	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza V. Cervello	V. Cervello	10
UOS	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza V. Cervello	V. Cervello	0
UOC	Ortopedia e traumatologia	Villa Sofia	26
UOS	Ortopedia e traumatologia	Villa Sofia	0
UOSD	Chirurgia Maxillo - Facciale	Villa Sofia	7
UOS	Chirurgia Maxillo - Facciale	Villa Sofia	3
UOC	Neurochirurgia	Villa Sofia	24
UOS	Neurochirurgia	Villa Sofia	0
UOC	Neurologia	Villa Sofia	10
UOS	Neurologia	V. Cervello	2
UOSD	Neurologia	Villa Sofia	8
UOC	Anestesia e Rianimazione I Villa Sofia	Villa Sofia	8
UOSD	Anestesia e Neurorianimazione	Villa Sofia	8
UOS	Trauma Center (HUB Regionale)	Villa Sofia	4
UOS	Radiologia Interventistica ad indirizzo neurologico	Villa Sofia	0
UOC	Anestesia e Rianimazione II V. Cervello	V. Cervello	8
UOSD	Terapia del Dolore (HUB Regionale)	Villa Sofia	4
UOSD	Medicina interna in area clinica	Villa Sofia	8
<b>DIP</b>	<b>DIPARTIMENTO DEI SERVIZI</b>		<b>0</b>
UOC	Farmacia	V. Cervello	0
UOC	Microbiologia e Virologia	Villa Sofia	0
<b>TOTALE POSTI LETTO</b>		<b>666</b>	

### **PARTE 3. Il Nuovo Polo Oncoematologico nella zona Nord di Palermo**

#### 3.1 Il Nuovo Polo Oncoematologico nella zona Nord di Palermo

Al fine di dare esecuzione ai nuovi atti programmatici, si intende procedere con un approccio innovativo che, dettato dai principi di centralità del paziente, eccellenza della prestazione medica ed integrazione delle attività della clinica e della ricerca, sia mirato a perseguire i seguenti obiettivi:

- Costruire percorsi assistenziali di prevenzione, diagnosi, cura e follow-up
- Garantire le migliori pratiche di diagnosi e trattamento disponibili
- Fornire ad ogni paziente le cure sperimentali più avanzate
- Garantire, a ciascun paziente, il rispetto delle ansie personali e delle aspettative e il supporto nella comprensione della propria malattia
- Promuovere lo sviluppo della ricerca clinica/traslazionale e dell'innovazione nella prevenzione, diagnosi e cura
- Potenziare le attività ed i rapporti con l'Università

Nel rispetto del principio di "non sovrapposizione" e coerenza con la restante programmazione sanitaria, si dovrà tener conto di alcuni degli interventi disposti dal Soggetto Attuatore pro tempore ex Ordinanza n. 25/2020, che riguardano vari piani del Padiglione "A", incluso il piano rialzato in cui si prevede l'ampliamento del Pronto Soccorso adulti, con l'impiego di € 21.627.220,94 a valere su risorse ex D.L. n. 34/2020 e risorse regionali, giusta D.A. 1014/2021.

Preliminarmente, si è proceduto ad una verifica della effettiva parametrizzazione del costo a posto letto, attualizzato con un incremento medio dei prezzi, discendente dall'applicazione degli intervenuti 2 prezzari regionali: la previsione del costo complessivo dell'intervento si attesta a circa € 240.000.000,00, confermando quindi la previsione della DGR n. 347/20219.

Si prevede per il Polo Oncoematologico una dotazione di posti letto pari a 400, per un importo complessivo di € 240.000.000,00, di cui € 228.000.000,00 quota Stato pari ad €12.000.000,00 quota Regione pari 5%, giusta Delibera di Giunta Regionale n. 347 del 26 settembre 2019.

### 3.1.1 Indicazioni per la Progettazione

La soluzione progettuale dovrà prevedere, nell'individuazione degli spazi, l'integrazione tra formazione e assistenza, tesa a fornire un servizio di qualità e di guida.

I poliambulatori per le attività dipartimentali saranno organizzati per aree funzionali omogenee con punti di ingresso differenziati e riconoscibili, dislocati lungo il percorso. Gli ambulatori saranno prevalentemente al servizio di pazienti esterni che dovranno accedere ad essi senza interferenze con gli altri servizi ospedalieri. Al fine di evitare dispersioni e diseconomie saranno raggruppati e comunque ben collegati con i servizi diagnostici d'immagine e con le rispettive aree di degenza. La loro funzione sarà di assistenza ai cittadini erogando prestazioni di accertamento diagnostico polispecialistico, utile a stabilire la necessità di ricovero (contribuendo sostanzialmente al contenimento dei giorni di degenza) e ad erogare prestazioni di follow-up sui pazienti dimessi. L'innovazione tecnologica ed il rapporto con l'uomo dovranno avere un ruolo chiave nella realizzazione del nuovo ospedale.

Il Nuovo Ospedale, quindi, dovrà avere, un'anima "4.0"; dovrà essere un posto modellato a partire dalla tecnologia e, soprattutto, dai processi di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, cliniche o chirurgiche che siano. Dovrà essere il luogo dove tutte le "cose" sono collegate in rete: dai sensori ai devices, passando per gli apparati le attrezzature. Ed i macchinari e fino al letto del paziente. L'ospedale 4.0 è l'albergo dei "robot", dalla sala operatoria alla produzione di farmaci al laboratorio centralizzato alla distribuzione dei farmaci, dei pasti e delle merci. E' il posto dove ingegneria clinica ed information technology convergono, in quanto tutte le tecnologie presenti devono convergere tra loro.

Tutto ciò premesso, i concetti chiave di un ospedale 4.0 possono essere così riassunti:

- Iperconnessione ed automazione integrata;
- Zero paper;
- Just in time,
- Collaboration, condivisione e fruibilità in real time delle informazioni;
- Disintermediazione (eliminazione o drastica riduzione di tutti i momenti di discontinuità rispetto ad un flusso o a un processo); ● Orientamento al paziente;
- Integrazione con il territorio.

Alla luce di quanto appena esposto, nuove esigenze funzionali devono rappresentare i punti fondamentali su cui definire il nuovo progetto architettonico orientato alla massima ospitalità, efficienza e flessibilità, quale:

- ottimizzazione dei processi di cura;
- ridefinizione degli spazi e delle stanze di degenza con aggregazione anche temporanea di aree funzionali per intensità, per facilitare lo scambio di conoscenze tra medici e fornire una migliore qualità di vita al malato, nell'ottica della multidisciplinarietà e multiprofessionalità; ● tipologie e durata dell'assistenza;
- sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- realizzazione di atmosfere familiari di specifiche soluzioni di accoglienza e di degenza anche quali momenti di cura.

La realizzazione del nuovo ospedale non può non tenere conto, inoltre, del preminente ruolo che sempre più occuperà la tecnologia nei processi di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il nuovo ospedale dovrà essere strutturato per livelli di intensità di cura (alta, media e bassa) sia in regime di emergenza - urgenza che di elezione con notevole spazio all'alta specialità. Il nuovo ospedale deve tenere conto che l'attività ordinaria deve essere garantita sul territorio e così come la cronicità molto probabilmente dovrà essere trattata direttamente al domicilio del paziente.

Pertanto, il nuovo ospedale deve fungere da HUB ovvero il nodo centrale collegato in rete:



- con tutte le attività intraospedaliere a partire dal pronto soccorso, all'area critica, alle sale operatorie, sino ad arrivare a letto paziente;
- con le attività ospedaliere degli altri plessi aziendali provinciali;
- con il territorio provinciale (distretti, residenze, ambulatori, hospice, domicilio dei pazienti, etc.);
- con tutte le tecnologie, medical devices, dagli apparati tecnologici legati alla diagnostica e alla terapia.

Una attenzione particolare deve essere data alla robotica sia per i percorsi di cura (erogazione di prestazioni come quelli per la sala operatoria, per la produzione di preparati chemioterapici o ancora per la logistica (distribuzione di servizi, pulizie, etc.).

Oltre alle tecnologie, un ruolo preminente è dato dalla informatizzazione dei dati e delle attività dei percorsi di cura (cartelle informatizzate, etc.).

Il nuovo ospedale non deve solo ospitare il personale sanitario tecnico, amministrativo, i pazienti e loro familiari, ma deve anche essere abitato da robot, carrelli robotizzati e da bytes.

### 3.1.2 Obiettivi generali, esigenze e bisogni da soddisfare

Il Polo Oncoematologico ha come obiettivo 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 comfort, efficienza e umanizzazione. Al di là degli aspetti squisitamente tecnologici progettare un ospedale 4.0 è una sfida complessa: essa costringe tutti gli stakeholders (progettisti, tecnici, tecnologi, operatori sanitari di tutte le categorie e governance) a ripensare i processi di produzione ed erogazione dei servizi, partendo dagli spazi, passando per la logistica e la tecnologia, garantendo la connettività e la disintermediazione ma lasciando sempre al centro di tutto il paziente. La salute intesa come promozione del benessere fisico, l'innovazione tecnologica e l'assistenza viste come sistema di responsabilità condiviso attraverso l'integrazione socio-sanitaria, rappresentano i presupposti su cui si basa il cambiamento di un moderno ospedale.

In tal senso il ruolo, il funzionamento, il dimensionamento e l'immagine stessa dell'ospedale stanno subendo considerevoli trasformazioni.

L'innovazione tecnologica ha trasformato la struttura ospedaliera in un contenitore altamente tecnologico sempre più flessibile, adattabile, riconvertibile e concepito in funzione della sua manutenibilità nel tempo. La nuova concezione di assistenza cambia infine l'ottica di approccio al "Sistema ospedale" e, sempre in termini strutturali, è il presupposto che incide maggiormente sulla nuova fisionomia dell'ospedale stesso. L'approccio urbanistico richiesto deve consentire l'apertura dell'area ospedaliera al cittadino, pur garantendo la sicurezza del malato, la serenità e la quiete; nel contempo, in considerazione della collocazione dell'ospedale deve salvaguardare gli interessi e le prerogative sia dei fruitori del comprensorio ospedaliero (degenti, personale, utenti esterni) sia degli abitanti delle aree limitrofe e circostanti il comprensorio.

La promozione del benessere fisico ha portato a sviluppare strutture ospedaliere ad alta tecnologia dotate di ogni forma di comfort ambientale e organizzate intorno alla "persona"; concetto, questo, legato alla umanizzazione dell'ospedale, che si traduce, in termini strutturali, in potenziamento di spazi con caratteristiche alberghiere, in soluzioni ambientali dotate della necessaria privacy e nello studio accurato degli ambienti dal punto di vista della luce, del colore, del verde. In questa ottica lo sforzo progettuale che viene richiesto dovrà essere indirizzato verso un'idea di ricucitura con il tessuto territoriale attraverso un linguaggio architettonico capace di esprimere correttamente sia il rispetto per l'ambiente che l'integrazione con lo stesso.

L'ospedale, inoltre, in una visione integrata al territorio, rappresenta uno dei nodi strategici di una rete ospedaliera relazionata con l'altrettanto importante rete dei servizi territoriali; questa concezione di "rete" sottintende la definizione delle necessarie interrelazioni e presuppone un approccio sistemico alle problematiche, non solo di carattere socio-sanitario ma, più in generale, delle politiche di investimento regionale.

La necessità di assicurare l'aggiornamento continuo, professionale e culturale, per tutti gli operatori (medici, paramedici, tecnici ed amministrativi) si riflette, naturalmente, sul progetto globale dell'organismo ospedaliero che deve tener conto di ampi spazi da destinare all'area formazione.

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.

Le caratteristiche salienti del progetto daranno risposta ai seguenti punti:

- 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;
- funzionalità;
- studio accurato dei percorsi e dei flussi;
- facilitazione nell'intercomunicazione e nei rapporti (collegamenti fisici, sistema informatico, posta pneumatica, trasporti leggeri, etc.);

- originalità delle soluzioni architettoniche, con utilizzo ampio di verde fruibile, di spazi "sociali" e di aggregazione, per rendere il ricovero e la permanenza in ospedale meno traumatici psicologicamente e meglio accettabili socialmente;
- ambiente confortevole per l'accoglienza in tutti i suoi aspetti, dalla leggibilità, all'orientamento e alla segnaletica, in considerazione delle esigenze di tutte le categorie di utilizzatori;
- rispetto della privacy;
- 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;
- 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 presidio 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 distinzione per specifiche categorie di utenti;
- accesso del personale;
- accesso per approvvigionamenti e merci (farmaci e presidi, materiale pulito, materiale sporco, cucina/mensa, rifiuti, etc.);
- manutenzioni.

Deve essere garantita la netta separazione dello sporco dal pulito, con particolare attenzione ai percorsi dei pazienti e dei visitatori evitando interferenze tra il percorso dei rifiuti, del pulito, dei pasti e alla gestione del materiale sterile. Dovrà essere opportunamente studiato il percorso per il trasporto delle salme verso la camera mortuaria.

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; a titolo esemplificativo, si citano alcune tipologie di utenti esterni che normalmente si rivolgono a una struttura sanitaria, le esigenze dei quali devono essere tenute nella dovuta considerazione in sede progettuale:

- patologie urgenti;
- ricovero ordinario (programmato o in elezione);
- ricovero in regime diurno, medico e chirurgico;
- prestazione ambulatoriale;
- eventuale unità spinale;
- riabilitazione;
- analisi diagnostica per immagini e di medicina di laboratorio;
- emodialisi;
- radioterapia;
- emodinamica;
- visita a degenti;

- prelievi di campioni ematici;
- donazione sangue;
- svolgimento di procedure amministrative;
- richiesta informazioni, prenotazioni;
- accesso alla Morgue.

Il layout del nuovo complesso ospedaliero dovrà garantire la chiarezza e la facile individuazione dei percorsi dedicati al personale sanitario e ai cittadini, al fine di non generare confusione e perdita di tempo. Si dovranno prevedere percorsi anche per i soggetti con disabilità, consentendo un completo abbattimento delle barriere architettoniche.

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;
- individuazione delle tecnologie più innovative in termini di robotica e domotica.

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 studio, ricerca, diagnosi e cura.

Elemento peculiare nella progettazione dell'ospedale deve riguardare 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 le stanze dovranno essere dotate di servizi igienici che permettano ampia ergonomia del paziente dovrà essere commisurata alla presenza di utenti non autosufficienti, a seconda delle diverse specialità.

Nel dimensionamento e nel layout 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.

Gli spazi di deposito per attrezzature e ausili dovranno essere commisurati alle esigenze delle diverse aree funzionali, con specifiche valutazioni di:

- dimensionamento;
- quantità;
- collocazione;
- caratteristiche costruttive e dotazioni (porte, antincendio, etc.).

Pur con caratteristiche specifiche a seconda delle destinazioni d'uso, tutti gli ambienti destinati all'assistenza sanitaria, allo studio 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 logistiche (pulizia della stanza, prenotazione pasti, etc.) e con l'intrattenimento e le comunicazioni (tv, telefono, etc.).

### 3.1.3 Modello funzionale ed organizzativo

Il nuovo ospedale si baserà sul modello assistenziale organizzato per aree funzionali, con una forte integrazione tra moduli omogenei che potranno strutturare il loro operato per livelli differenti di intensità di cura.

Si riportano di seguito, in modo esemplificativo, indicazioni in merito alle diverse tipologie di aree funzionali di degenza che saranno collocate nel nuovo ospedale:

#### Area Medica

L'assistenza sarà strutturata in aree di degenza polispecialistiche e multiprofessionali basate sulla massima flessibilità organizzativa e che permetta dunque il superamento dell'articolazione per reparti differenziati secondo le diverse discipline, in accordo con il modello dell'organizzazione per intensità di cure. La nuova organizzazione non potrà comunque prescindere da una particolare attenzione al raggruppamento in aree contigue di degenti con patologie affini o comunque con simili bisogni assistenziali. In tali aree di degenza dovranno essere allocati alcuni posti letto destinati alle degenze ordinarie "protette" (di isolamento), tutte dotate della zona filtro e della possibilità di instaurare alternativamente una pressione positiva o negativa.

#### Area Terapia Intensiva e Semi-Intensiva

Nell'Ospedale che organizza l'attività di cura secondo il modello-assistenziale per intensità di cura, le terapie intensive e semi-intensive fanno riferimento al livello di "intensive care", che deve essere centralizzato, polivalente e curare la reale instabilità clinica. Il ricovero in terapia intensiva, sia per il malato che per il suo nucleo familiare è un'esperienza critica: sempre maggior importanza viene data all'ambiente di cura ai fini di rispondere maggiormente ai bisogni psicologici più immediati del paziente cosciente ricoverato, che sono conseguenza della negazione della libertà di movimento e di scelta dell'ambiente di ricovero. Il paziente deve essere messo in condizione di acquisire la conoscenza dei luoghi e sapersi orientare nello spazio e nel tempo in cui è costretto a vivere. Vanno pertanto previste finestre che consentano il più possibile un'illuminazione naturale, pareti vetrate, dovrà essere garantita l'esplorazione dell'ambiente circostante e verso immagini rassicuranti.

Ai fini della progettazione, l'area intensiva sarà collocata in modo da essere facilmente raggiungibile dal Pronto Soccorso e dalle aree di riferimento (cardiologia, neurologia, gruppo operatorio, area interventistica) e ben collegata con la radiologia e il laboratorio analisi. Sarà fornita di un ingresso di servizio per i parenti, uno per i pazienti ed uno per il personale sanitario.

I letti per i pazienti devono essere separati tra loro e i segni tecnologici quali monitor, sondini, tubi, cavi elettrici, allarmi sonori e visivi devono essere mimetizzati in modo da ridurre le immagini ignote ed allarmanti e la sensazione di dipendenza dalle macchine. Devono inoltre essere presenti segni che ricordano l'abitare normale. Il ricoverato sente il bisogno di avere scudi materiali alle spalle, quindi il letto non deve essere posizionato al centro della stanza e deve essere evitata l'esposizione agli sguardi di estranei nel rispetto della riservatezza e del pudore. Ogni letto deve prevedere l'accesso a tutte le attrezzature per il supporto alle funzioni vitali. Secondo le più recenti indicazioni internazionali, l'area della terapia intensiva dovrà essere costruita in modo da favorire la flessibilità degli spazi e degli impianti, per eventuali esigenze future. Si dovrà prevedere un'Area dedicata a Centrale di controllo, che dovrebbe permettere il controllo visivo diretto dei pazienti e dei relativi monitoraggi.

Si dovranno prevedere appositi locali dedicati ai pazienti immunodepressi e/o contagiosi con gli accorgimenti impiantistici e strutturali conseguenti.

### **Area Post Acuzie**

Tale area accoglie persone provenienti da un ricovero per acuzie ed è dedicata specificamente alla allocazione di pazienti complessi/fragili, che hanno necessità di essere sottoposti ad un programma di recupero e/o riabilitazione e/o stabilizzazione continuativa, con diagnosi e piani terapeutici definiti. L'assistenza erogata in quest'area consente una maggiore relazione con i familiari e la effettuazione di programmi educativi, riabilitativi di alta specializzazione con il fine di offrire al paziente e ai suoi familiari i consigli, le indicazioni e gli strumenti per gestire al meglio la cronicità e le eventuali disabilità residue.

Per la realizzazione di questi interventi, è necessario predisporre e realizzare un progetto riabilitativo individuale e personalizzato per ciascun paziente ed una pianificazione degli spazi che, a prescindere da quelli necessari alle ordinarie attività terapeutico-assistenziali, consenta:

- un adeguato svolgimento delle attività riabilitative specifiche (palestre e spazi per rieducazione funzionale)
- una adeguata integrazione del Team Multidisciplinare, garantendo informazione e addestramento ai familiari e a quanti, a vario titolo, possono essere coinvolti nell'assistenza del paziente dopo la deospedalizzazione.

Tale area deve prevedere ampi spazi dedicati alla riabilitazione funzionale: palestre dedicate, un'area di soggiorno con sala da pranzo annessa per consentire ai pazienti autosufficienti e in grado di muoversi liberamente di trovare il massimo comfort anche in un regime ospedaliero.

### **Area Attività Diurne**

Il modello assistenziale per Aree omogenee funzionali richiede che le attività diurne quali: prestazioni ambulatoriali, i day service ed i day hospital medici siano attigui e dislocati in un'area a facile accessibilità dall'esterno dell'ospedale e facilmente raggiungibili attraverso percorsi identificabili anche da segnaletica apposita. Si prevede la progettazione di sale per visite e prestazioni ambulatoriali, comprese quelle destinate alle attività svolte in regime di intramoenia. Vanno altresì previsti adeguati locali per tutte le attività di supporto: lavoro medico e infermieristico, colloquio, segreteria, accettazione, depositi. Va prevista un'area per l'attesa dei pazienti e dei loro famigliari che sia sempre connotata da elementi gradevoli, che facilitino l'attesa. È bene che tali aree siano separate pur mantenendo il contatto visivo con lo spazio dedicato ai percorsi e ai flussi di pazienti e personale all'interno della struttura. Dovranno essere spazi facilmente raggiungibili e riconoscibili, pensando che la maggior utenza sarà costituita da persone anziane e fragili.

### **Area Chirurgica**

Il gruppo operatorio deve essere unico e dotato di sale operatorie per l'attività "ordinaria" ed in urgenza, e per l'attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale "complessa". Il blocco operatorio deve essere ben collegato con l'area intensiva, con il Pronto Soccorso e la radiologia. Le sale operatorie dedicate l'attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale devono essere dedicate all'attività e quindi avere accesso separato e dedicato e collegato con l'area di gestione e degenza della day surgery stessa. Dovrà essere fatta particolare attenzione alla distinzione dei percorsi di sporco e pulito.

Le discipline afferenti al polo chirurgico saranno: ginecologia, urologia, ortopedia e chirurgie generale, toracica, pediatrica, plastica, maxillo facciale e neurochirurgia.

In linea con la normativa vigente e con le buone pratiche cliniche, il blocco operatorio sarà articolato in aree progressivamente meno contaminate. I degenti accederanno al blocco operatorio tramite accesso dedicato con area riservata al cambio letti.

La preparazione del paziente verrà effettuata nell'area "preparazione/risveglio" collegata alle sale operatorie, dove, in ambiente separato, sarà presente anche la zona lavaggio per il personale sanitario. Dopo l'intervento, il paziente, su indicazione del chirurgo e dell'anestesista, potrà essere inviato direttamente in reparto attraverso tramite il medesimo accesso e dunque attraverso ascensori ad uso strettamente sanitario, oppure osservato per un determinato periodo in apposita area interna al blocco operatorio. La strutturazione fisica e la dotazione impiantistica delle sale operatorie sarà concepita per una gestione integrata e pluridisciplinare delle specialistiche chirurgiche, nell'ottica del modello dell'ospedale per intensità di cure. La dotazione tecnologia consentirà l'utilizzo

delle tecnologie più innovative per le attività chirurgiche. Lo schema organizzativo proposto può essere modificato e rimodulato sulla base di esigenze di volta in volta emergenti, grazie alla massima flessibilità offerta dalle soluzioni edilizie ed impiantistiche individuate. Saranno previste sale per interventi in robotica.

La degenza di Day-Surgery, dotata di posti letto, risulta funzionalmente collegata al Blocco Operatorio e in particolare alle sale dedicate.

Dovrà essere prevista la Centrale di sterilizzazione. Quest'area dovrà garantire, la sicurezza e l'efficacia di tutto il processo di sterilizzazione, sanificazione e sanitizzazione degli ambienti secondo i migliori standard di qualità.

### **Area Emergenza e Accettazione**

In merito ai processi di cura dell'urgenza - emergenza, sarà posta particolare attenzione alla suddivisione per gravità e urgenza subito al triage, indirizzando i casi ad aree di attività differenziate in base al diverso grado di intensità assistenziale richiesta. La struttura dovrà essere dotata di idonei percorsi orizzontali e verticali in funzione delle relazioni funzionali necessarie con i servizi di diagnosi e cura, il blocco operatorio, i reparti con alta intensità di cura, area esterna per elisoccorso, funzioni 118.

Il pronto soccorso dovrà essere dotato di una serie di servizi diagnostici dedicati alla funzione. In particolare occorrerà prevedere:

Un'area per il triage, box forniti di letti tecnici per la stabilizzazione e gli interventi di emergenza/urgenza per il trattamento, un'area di diagnostica per immagini fornita di TC, RX convenzionale ed ecografia. È fondamentale lo studio di aree per la sosta e l'attesa degli utenti in base al diverso grado di intensità assistenziale richiesta evitando sovraffollamenti e disagi per le persone in difficoltà. Bisognerà prevedere un pronto soccorso pediatrico con accesso distinto da quello generale.

Si dovranno prevedere appositi locali dedicati ai pazienti immunodepressi e/o contagiosi con gli accorgimenti impiantistici e strutturali conseguenti.

### **Area Laboratori**

Distinti in:

- Servizio trasfusionale, senza attività di produzione;
- Laboratorio generale che verrà allestito secondo le esigenze della struttura con arredi che differenzieranno le aree destinate alle varie specialità;
- Laboratorio di Anatomia patologica;
- In un'ottica di organizzazione efficiente degli spazi, le aree del Laboratorio di analisi e del Servizio di Anatomia patologica potranno condividere alcune funzioni e conseguenti, come per esempio la segreteria e la zona accettazione campioni.

### **Area Direzione Medica - Sanitaria e Amministrativa**

Le aree direzionali, ovvero la Direzione medica - sanitaria dell'Ospedale, le sale riunioni, una biblioteca ed un'area multimediale, così come gli studi medici potranno essere dislocati in zone separate, sebbene limitrofe alle aree di cura relative.

L'area amministrativa (direzione amministrativa di PO, provveditorato, settore tecnico, ecc) dovrà essere ubicata in area dedicata avendo cura di minimizzare le interferenze con le attività sanitarie.

### **Area Servizi**

Il Polo Oncoematologico deve prevedere spazi dedicati ai seguenti servizi:

- Medicina Trasfusionale: Aferesi, HLA, Emoteca, Banca degli Occhi, Centro Provinciale Qualità, Prelievi e Donazioni
- Patologia Clinica: Laboratorio Analisi, Area Prelievi
- Anatomia Patologica: Laboratorio Anatomia Patologica, Magazzino a servizio del Laboratorio
- Microbiologia e Virologia: Laboratorio Microbiologia e Virologia, Magazzino materiale sanitario
- Genetica: Laboratorio Genetica

- Oncoematologia: Laboratorio Oncoematologia
- Farmacia: Gestione Farmaci, Materiale Sanitario, Produzione farmaci antitumorali
- Medicina Nucleare / PET-TAC
- Servizio di Endoscopia
- Servizi di diagnostica per immagini
- Radiologia Interventistica
- Servizio di dialisi

Si prevede altresì che ulteriori spazi siano dedicati ai seguenti servizi di supporto:

### **Servizi di Supporto**

- Mensa e Servizi Annessi: Mensa, Cucina inclusa zona lavaggio, Dispensa e magazzino, Servizi Igienici, spogliatoi e docce per il personale, Servizi Igienici per gli utenti
- Ambulatori
- Altri Servizi: Sterilizzazione, Disinfestazione, Servizi di pulizia, Lavanderia, Accettazione/Accoglienza/Ticket, Spazi di relazione, Servizi pubblico, Uffici pubblico, Servizio studi e ricerche, Aula Magna - Centro Congressi, Magazzini e depositi
- Servizi Informatici
- Servizi Global Service (Manutenzione Apparecchiature Elettromedicali, Multiservizio Integrato Energia Sanità) ● Autoparco
- Centro Logistico per Approvvigionamento e stoccaggio materiali di consumo aziendali
- Archivi Clinici ed Amministrativi Aziendali

I locali ove insisteranno i servizi sopra citati dovranno essere collegati direttamente con il Presidio Ospedaliero e dovranno essere autonomamente fruibili ed accessibili da fornitori e/o corrieri. I flussi veicolari per l'approvvigionamento e la distribuzione, verso gli altri presidi ospedalieri e territoriali, di farmaci e merci devono essere studiati in modo da minimizzare e/o eliminare le interferenze con tutti gli altri percorsi interni e con le vie di accesso principale alla struttura ospedaliera. Considerata la particolare destinazione di tali servizi e la loro rilevante dimensione, nella fase progettuale particolare cura dovrà essere riservata alle problematiche di sicurezza e alla prevenzione dei rischi per la struttura sanitaria. Dovranno inoltre essere previsti spazi per le seguenti attività:

- Guardiania e manutenzione verde;
- Officina per manutenzioni;
- Locali e spogliatoi per squadre manutenzione;
- CED e Locali centrali Dati - Fonia;
- Locale gestione emergenze VVFF;
- Locale per la supervisione e controllo degli impianti

### 3.1.4 Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali

Il progetto del Polo Oncoematologico dovrà essere guidato da due principi fondamentali:

**La centralità del paziente, l'umanizzazione dei luoghi di cura e la chiarezza dei percorsi di cura.** Il Nuovo Polo Oncoematologico dovrà essere espressione del diritto fondamentale alla tutela della salute per tutti i cittadini, in particolare per coloro che attraversano momenti di particolare bisogno e fragilità. Gli ambienti dovranno essere dunque a salvaguardia della dignità del paziente, della sua privacy; dovranno accogliere e guidare con chiarezza i cittadini nel percorso di cura specifico, assicurando comfort e gradevolezza. A tal fine la scelta dei materiali, dei colori, degli arredi saranno segno di attenzione verso coloro che necessitano di conforto e rassicurazione. Ogni elemento dell'ambiente ospedaliero deve essere pensato per facilitare il paziente e per rispondere alle sue esigenze: l'utente deve avere la possibilità di raggiungere autonomamente, se gli è possibile, luoghi di relax, di incontrare liberamente parenti e amici, di usufruire di aria e luce naturali e di entrare in contatto diretto con il verde. Parallelamente, anche chi lavora e opera nell'ospedale deve essere facilitato il più possibile nello svolgimento delle attività, deve poter lavorare, studiare, operare in condizioni di comfort ambientale e controllare facilmente ciò che accade intorno a lui. La principale esigenza degli utenti esterni, oltre a quella di trovare un luogo accogliente, è quella di non dover dipendere da terzi negli spostamenti. La progettazione dello spazio deve dunque garantire la chiarezza dei percorsi in modo che la segnaletica diventi solo un supporto e non l'unica guida.

Nell'ottica del comfort ambientale assume un'importanza fondamentale anche l'attenzione posta all'orientamento ed alla ricerca del luogo di destinazione, e quindi alla relazione dell'individuo con l'ambiente che lo circonda. Una particolare attenzione a queste componenti consentirà al personale medico e infermieristico/di supporto di perdere molto meno tempo ogni giorno per dare informazioni e indicazioni al pubblico. Una gerarchia chiara dei percorsi è quindi basilare per facilitare sia il controllo dello spazio che lo spostamento all'interno di questo.

#### **Efficacia e flessibilità nei percorsi di cura.**

La salvaguardia della centralità del paziente richiede un'organizzazione delle attività secondo un modello organizzativo che prevede una stratificazione delle funzioni per diversa intensità di cura (così come previsto anche dal D.M. 70 del 2015). Mettere al centro i bisogni del paziente significa garantire, anche all'interno di una struttura istituzionalizzante, quale un ospedale, la flessibilità dei percorsi, ovvero la personalizzazione delle cure e dei percorsi diagnostici. Tale flessibilità implica reale integrazione tra le diverse componenti che si occupano della presa in carico ospedaliera dei pazienti: la parte amministrativo-burocratica, i servizi di supporto non sanitari e le differenti competenze cliniche e diagnostiche. In tal modo anche la modalità di cura ospedaliera potrà garantire da un lato l'offerta delle prestazioni che godono delle migliori evidenze disponibili e dall'altro il continuo rispetto delle esigenze peculiari di ogni singolo paziente. In linea generale, è possibile ipotizzare che i livelli di cura siano tre: il Livello 1 (intensivo e subintensivo), il Livello 2 (acuti) e Livello 3 (post-acuti). Fanno parte poi dei servizi erogati in ambito ospedaliero attività quali il Day service, il Day-hospital e le Prestazioni ambulatoriali. Tutto deve essere organizzato e strutturato per avere le caratteristiche di base e specialistiche di un ospedale sede DEA di 2 livello (Decreto del Ministero della Salute n.70 del 2 aprile 2015 DA 11 Gennaio 2019 - DGR N. 347 del 26.09.2019). Si riportano di seguito indicazioni, prescrizioni o spunti da considerare nella progettazione per la quale si potrà fare riferimento al *Progetto di ricerca finalizzata (ex art. 12, Dlgs 502/92) Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza - Rapporto conclusivo pubblicato sul supplemento al n. 6 di Monitor - Novembre 2003:*

<b>Principi Guida Tecnici, Organizzativi e Gestionali</b>	
<b>Layout</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Separazione e leggibilità dei percorsi, organizzati secondo uno schema prevalentemente ortogonale, possibilmente ad anelli interconnessi, con collegamenti verticali posti sui nodi di intersezione.</li><li>● Prevalente aggregazione delle attività omogenee per piani orizzontali.</li><li>● Fermo restando l'organizzazione dipartimentale, la complanarità e l'articolazione degli spazi dipartimentali secondo l'intensità di cura e di assistenza; riduzione dei percorsi degli operatori sanitari di uno stesso dipartimento, mediante l'avvicinamento delle unità di degenza, diagnostiche e interventistiche di bassa, media e alta intensità, in uno schema prevalentemente orizzontale.</li><li>● Tutti i corridoi (sia quelli interni alle varie aree funzionali, sia quelli di collegamento fra aree diverse) dovranno essere progettati in base a principi di linearità e regolarità, evitando la presenza di nicchie, ostacoli e ingombri, derivanti da apertura delle porte, dotazioni antincendio impiantistiche sporgenti, etc.).</li><li>● In generale la progettazione architettonica degli spazi e dei corpi che comporranno l'edificio del nuovo Ospedale dovranno favorire l'illuminazione naturale, per tutti i locali ove è prevista la presenza non saltuaria di utenti e personale.</li><li>● La progettazione degli spazi deve garantire la complanarità dei percorsi orizzontali interni e, per quanto possibile, minimizzare la presenza di rampe anche nelle aree esterne.</li><li>● Ove sia previsto l'utilizzo di sostanze pericolose, dovranno essere dimensionati e organizzati adeguatamente gli spazi non solo per la gestione, ma anche per l'approvvigionamento e lo smaltimento in sicurezza di dette sostanze.</li><li>● Divieto di previsione di cavetti inaccessibili o con difficoltà di accesso per mezzi meccanici di adeguate dimensioni per le successive attività di manutenzione.</li></ul>
<b>Strutture</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Adozione di sistemi di smorzamento delle azioni sismiche, per ridurre significativamente le accelerazioni e consentire la continuità e lo svolgimento delle attività sanitarie in sicurezza.</li><li>● Previsione di carichi uniformi secondo norma e di carichi concentrati per apparecchiature sanitarie, con modalità progettuali e realizzative tali da consentire facili adattamenti anche nel caso di posizionamento di apparecchiature sanitarie non previste in fase di progettazione. Previsione di maglie strutturali con caratteristiche dimensionali e tecnologiche atte a favorire la massima industrializzazione del processo produttivo.</li><li>● Adozione di maglia strutturale preferibilmente 7,80 (e comunque 7,50 minima) nelle aree destinate a degenza al fine di consentire la realizzazione di spazi di agevole e idoneo utilizzo, compresa la efficiente ed agevole movimentazione dei letti di degenza.</li><li>● Valutazione del dimensionamento dell'altezza di interpiano e della possibilità/opportunità di prevedere un piano tecnico, sulla base delle esigenze, dei costi, di possibili miglioramenti nella gestione delle manutenzioni, delle altezze complessive dell'edificio, etc. Particolare attenzione dovrà essere posta al posizionamento delle macchine degli impianti nel senso di evitare quanto più possibile l'impatto ingombrante e visivo delle stesse ed il posizionamento sulle terrazze.</li></ul>
<b>Opere Civili</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Particolare attenzione andrà posta nella progettazione dell'involucro edilizio, con riferimento alle prestazioni termoigrometriche invernali ed estive, favorendo l'utilizzo di materiali e tecnologie sostenibili.</li><li>● Previsione di materiali e componenti durevoli, facilmente sanificabili, manutenibili e sostituibili.</li><li>● Progettazione attenta alla possibilità di future trasformazioni e modifiche, favorendo la minima interferenza possibile con le attività sanitarie.</li><li>● Progettazione attenta alle modalità di gestione e di realizzazione delle manutenzioni ordinarie, minimizzando costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li></ul>



<p><b>Impianti di fognatura e smaltimento acque bianche</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Progettazione di reti di raccolta separata per le acque nere, saponate e meteoriche, con idonei punti di conferimento e ispezione.</li> <li>● Il sistema di allontanamento e contenimento degli scarichi radioattivi a servizio della Medicina Nucleare / PET TAC dovrà privilegiare la modalità di caduta per gravità.</li> <li>● Previsione di un sistema di drenaggio delle acque meteoriche delle strade e dei piazzali, con separazione degli inquinanti, prima dell'eventuale recupero e immissione nella rete idrica superficiale.</li> <li>● Previsione di pozzetti che consentano ispezioni e disinfezioni delle acque nere, prima dell'immissione nella fognatura comunale.</li> <li>● Previsioni di sistemi di monitoraggio e controllo integrato e centralizzato degli impianti (Es. BACS).</li> <li>● N.B. gli impianti di smaltimento acque bianche dovranno tenere in adeguata considerazione la particolare collocazione del Nuovo Ospedale in un'area limitrofa a zone classificate a rischio idrogeologico ed idraulico. Nella progettazione si dovrà altresì tenere conto degli eventi eccezionali di sempre maggior frequenza, adottando soluzioni progettuali idonee a garantire la continuità del servizio sanitario</li> </ul>
<p><b>Impianti elettrici</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Previsione di adeguata ridondanza nel dimensionamento delle linee elettriche principali e delle carpenterie dei quadri elettrici.</li> <li>● Mantenimento di doppia alimentazione dal punto di consegna fino ai quadri di zona, anche con percorsi fisicamente separati.</li> <li>● Previsione di materiali e componenti durevoli, facilmente manutenibili e sostituibili.</li> <li>● Progettazione attenta alla possibilità di future trasformazioni e modifiche, favorendo la minima interferenza possibile con le attività sanitarie.</li> <li>● Progettazione attenta alle modalità di gestione e di realizzazione delle manutenzioni ordinarie, minimizzando costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li> <li>● I dispositivi di controllo e di sezionamento degli impianti elettrici e speciali dovranno essere collocati in posizione adeguata non solo dal punto di vista normativo, ma anche dal punto di vista dell'accessibilità e della sicurezza delle procedure di gestione delle emergenze.</li> <li>● Previsione di adeguati sistemi di alimentazione di emergenza e garanzia della continuità elettrica.</li> <li>● Previsioni di sistemi di monitoraggio e controllo integrato e centralizzato degli impianti (Es. BACS).</li> </ul>
<p><b>Impianti meccanizzati di trasporto ed elevatori</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sistema di trasporto automatizzato - Ascensori, Montacarichi, Scale Mobili, piattaforme elevatrici ecc.,.</li> <li>● Previsione di un sistema di trasporto leggero che connetta possibilmente tutti i punti di lavoro.</li> <li>● Previsione di materiali e componenti durevoli, facilmente sanificabili, manutenibili e sostituibili.</li> <li>● Progettazione attenta alla possibilità di future trasformazioni e modifiche, favorendo la minima interferenza possibile con le attività sanitarie.</li> <li>● Progettazione attenta alle modalità di gestione e di realizzazione delle manutenzioni ordinarie, minimizzando costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li> <li>● Previsioni di sistemi di monitoraggio e controllo integrato e centralizzato degli impianti (Es. BACS).</li> </ul>
<p><b>Impianti di produzione e trasformazione dell'energia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Progettazione di impianti di captazione ed accumulo termico dell'energia solare.</li> <li>● Progettazione di impianti di captazione fotovoltaica connessi con la rete d'alimentazione elettrica.</li> <li>● Dimensionamento delle diverse fonti energetiche in modo da ottimizzarne il rendimento nei diversi scenari climatici e di mercato.</li> </ul>
<p><b>Impianti di Telefonia, Rete dati, videosorveglianza e speciali</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nella progettazione dell'impianto di trasmissione dati/fonia si dovrà tenere conto della strategicità dello stesso rispetto alle funzioni clinico amministrative e la necessità di elevata sicurezza, performance e continuità funzionamento.</li> <li>● Progettazione impianto di trasmissione dati WIFI.</li> <li>● Progettazione impianti speciali: allarmi, sorveglianza, controllo accessi, chiamata infermieri, tv e multimedialità, secondo le più moderne tecnologie di informazione e comunicazione ICT</li> <li>● Eventuale sistema di posta pneumatica e/o similare.</li> </ul>

Le indicazioni contenute nel presente paragrafo sono indicative e non esaustive di tutti gli aspetti progettuali architettonici e impiantistici: in sede progettuale potranno essere richiesti approfondimenti su ulteriori aspetti non espressamente elencati e saranno apprezzati spunti e suggerimenti aggiuntivi. I progettisti potranno proporre soluzioni che si discostano in tutto o in parte dalle indicazioni del seguente paragrafo e del presente documento in generale: in tal caso è richiesto di evidenziare esplicitamente vantaggi e svantaggi delle soluzioni proposte in confronto a quanto previsto nel presente documento.

### **3.1.5 Il contesto normativo di riferimento**

Il progetto dovrà essere redatto in conformità alle disposizioni normative vigenti espressamente richieste per i presidi ospedalieri in materia di:

- protezione antisismica;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza anti-infortunistica;
- igiene dei luoghi di lavoro;
- radioprotezione;
- dispositivi medici;
- telecomunicazioni e impianti di rete dati;
- protezione delle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti di distribuzione dei gas;
- materiali esplosivi.

**In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, in quanto applicabili, alle disposizioni internazionali (europee).**

L'intervento dovrà essere conforme alle norme vigenti comprese quelle emanate da Enti ed Organi competenti, anche di carattere locale, (VVF, Regione, Comune, ecc) nonché a tutte le regole UNI, CEI, ISO, ASHRAE, ASSISTAL, Eurocodici, ecc. relative a materiali, apparecchiature, impianti, modalità di esecuzione dei lavori e dei collaudi.

In particolare si riportano le principali leggi e norme di riferimento in materia di progettazione:



## Normativa tecnica

- D.M. Ministero Delle Infrastrutture e dei Trasporti 17 gennaio 2018 - "Aggiornamento delle «Norme tecniche per le costruzioni»";
- D.M. Ministero dell'Interno Dipartimento dei Vigili del Fuoco, del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile 3 agosto 2015 (G.U. 20 agosto 2015, n. 192 – SO n. 51) - "Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi, ai sensi dell'articolo 15 del decreto legislativo 8 marzo 2006, n. 139";
- D.P.R. 1 agosto 2011, n. 151 - "Regolamento recante semplificazione della disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione degli incendi, a norma dell'articolo 49, comma 4-quater, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122";
- D.M. Ministero dell'Interno 29 marzo 2021 - "Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi per le strutture sanitarie";
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 - "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";
- Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 230 – "Attuazione delle direttive 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641 e 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti";
- Legge 9 gennaio 1989, n. 13 - "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati";
- Decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236 - "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche";
- D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503 - "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici";
- Legge 26 ottobre 1995, n. 447 - "Legge quadro sull'inquinamento acustico";
- Decreto Legislativo 19 agosto 2005, n. 192 - "Attuazione della direttiva (UE) 2018/844, che modifica la direttiva 2010/31/UE sulla prestazione energetica nell'edilizia e la direttiva 2012/27/UE sull'efficienza energetica, della direttiva 2010/31/UE, sulla prestazione energetica nell'edilizia, e della direttiva 2002/91/CE relativa al rendimento energetico nell'edilizia";
- Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 26 giugno 2015 - "Adeguamento linee guida nazionali per la certificazione energetica degli edifici";
- Legge 3 agosto 2013, n. 90 - "Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 4 giugno 2013, n. 63, Disposizioni urgenti per il recepimento della Direttiva 2010/31/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 maggio 2010, sulla prestazione energetica nell'edilizia per la definizione delle procedure d'infrazione avviate dalla Commissione europea, nonché altre disposizioni in materia di coesione sociale";
- Decreto del Ministro dell'Ambiente 11 aprile 2008 - "Approvazione del Piano d'azione per la sostenibilità ambientale dei consumi nel settore della pubblica amministrazione";

- Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 22 gennaio 2008, n. 37 - "Regolamento concernente l'attuazione dell'articolo 11-quaterdecies, comma 13, lettera a) della legge n. 248 del 2005, recante riordino delle disposizioni in materia di attività di installazione degli impianti all'interno degli edifici";
- Legge 28 dicembre 2015, n. 221 - "Disposizioni in materia ambientale per promuovere misure di green economy e per il contenimento dell'uso eccessivo di risorse naturali";
- Decreto del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare 11 ottobre 2017 - "Criteri ambientali minimi per l'affidamento di servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici";
- Decreto ministeriale 1 dicembre 2017, n. 560 - "Modalità e i tempi di progressiva introduzione dei metodi e degli strumenti elettronici di modellazione per l'edilizia e le infrastrutture (come modificato dal D.M. MIMS 2 agosto 2021, n. 312)"; - Norme tecniche CEI e UNI applicabili:

Inoltre, costituisce un riferimento normativo ogni altra normativa applicabile al fine della compiuta e corretta progettazione dell'intervento, sia di carattere Nazionale che Europeo.

### **Vincoli Normativi e Autorizzativi**

Per quanto riguarda i procedimenti autorizzativi, l'opera è soggetta ai seguenti vincoli di legge, se necessari:

- Soprintendenza Beni Culturali e Ambientali
- Comunale
- Ufficio del Genio Civile
- Asp
- Comando dei Vigili del Fuoco
- Dipartimenti Regionali interessati (Salute, Infrastrutture, Urbanistica, etc.)

### **Vincoli Relativi alle Funzioni Sanitarie**

Fermo restando il rispetto di tutte le norme vigenti, nazionali e regionali, nonché il mantenimento di tutte le attività sanitarie essenziali, costituiscono vincoli specifici in fase progettuale e, successivamente, in fase realizzativa i seguenti punti:

- per quanto possibile, dovrà essere preferita la separazione fisica dei percorsi sporchi e puliti, non solo nei flussi ma anche per le aree di sosta temporanea;
- devono sempre essere garantiti collegamenti rapidi tra qualsiasi area sanitaria e l'area dell'emergenza, dell'interventistica e della diagnostica;
- deve essere garantito il rispetto dei criteri di distribuzione degli spazi sulla base dell'intensità di cura e di assistenza.

### **Vincoli Relativi al Contesto - Accessi e Viabilità**

La proposta progettuale dovrà, a seguito di una analisi attenta della situazione esistente, migliorare l'accessibilità alla struttura ospedaliera.

La proposta progettuale dovrà anche tenere conto dell'accessibilità dei mezzi pubblici e dei parcheggi distinti tra quelli destinati al personale e quelli agli esterni.

Particolare attenzione dovrà essere posta nella realizzazione degli accessi lungo il sistema viario, tenendo conto non solo delle diverse tipologie di utenti e della loro provenienza ma anche delle diverse modalità di spostamento degli utenti.

In particolare bisognerà prevedere l'accesso al Pronto soccorso diretto e collocato in modo tale da risultare facilmente individuabile e raggiungibile dai diversi flussi di utenti, tenuto conto anche degli sviluppi della viabilità urbana ed extraurbana e della necessità di non congestionare la viabilità esistente. Fondamentale sarà evitare interferenze e sovrapposizioni tra gli accessi e la viabilità detta in precedenza e quella di servizio (smaltimento rifiuti, fornitori, farmacia, mensa, manutenzioni, ecc.). Le previsioni progettuali dovranno essere compatibili con i limiti economici di progetto.

E' possibile modificare i limiti dell'area individuata qualora strettamente necessario o funzionale ad un sostanziale miglioramento dell'accessibilità all'area ospedaliera. Tale modifica non potrà eccedere il 5% dell'area di progetto e non dovrà comportare una modifica sostanziale della stessa.

## **Posteggi**

- In sede progettuale andranno definiti i posteggi in relazione alle effettive esigenze del Nuovo Polo Oncoematologico ed al contesto extra - urbano in cui si inserisce l'intervento.
- I posteggi potranno essere realizzati a raso, interrati o in struttura sopraelevata, in considerazione delle esigenze funzionali dell'ospedale, delle caratteristiche del terreno e dell'ambiente extra-urbano e della disponibilità economica. Dovranno essere evitati, laddove possibile, l'utilizzo sproporzionato di parcheggi interrati che comportano notevoli difficoltà di gestione. Dovrà essere comunque privilegiata l'impostazione progettuale che sia meno impattante nell'ambito paesaggistico e quanto più possibile nel rispetto della peculiarità agricola dell'area.

## **Progetto Urbano**

Il nuovo ospedale dovrà essere progettato prestando attenzione, oltre che alle esigenze funzionali e ai contenuti sanitari, anche agli aspetti architettonici e urbanistici, dialogando e integrandosi con il contesto circostante.

Alcuni spunti per la progettazione:

- attenzione all'impatto sul contesto circostante dell'altezza, della volumetria e delle facciate dei vari corpi che comporranno l'edificio del nuovo Ospedale;
- integrazione dei percorsi nel comprensorio (controllo degli accessi ove necessario, permeabilità della città ove possibile).

## **Spazi per la didattica, la diagnostica e i servizi generali**

In primo luogo si rappresenta la necessità di prevedere spazi da destinare ad aule per brevi seminari, studi e camere per degenze. Inoltre, occorre tener conto degli spazi in comune alle attività ospedaliere quali la diagnostica, ed i servizi generali.

## **Elisuperficie**

Dovrà essere inserita all'interno della proposta progettuale l'ubicazione dell'elisuperficie.

## **Servizi Centralizzati**

L'idea progettuale dovrà prevedere la centralizzazione di alcuni servizi aziendali strategici in accordo alle indicazioni inserite nel presente documento:

- Farmacia e depositi annessi
- Centrale di Sterilizzazione
- Camera Bianca per la preparazione dei farmaci antiblastici
- Centro Logistico per Approvvigionamento e stoccaggio materiali di consumo aziendali
- Archivi Clinici ed Amministrativi Aziendali

### 3.2 Metaprogetto del Nuovo Ospedale Palermo Nord - Polo Oncoematologico

Lo scenario di valutazione è quello già descritto di un nuovo Ospedale Palermo Nord - Polo Oncoematologico da 400 posti letto.

Le superfici delle aree funzionali costituenti il polo ospedaliero è stata determinata a partire dagli standard parametrici disponibili in letteratura e desunti da casi studio di strutture sanitarie recentemente realizzate, oltre che da reali esigenze manifestate dalla Direzione aziendale, mantenendo un certo margine per garantire la possibilità di futuri incrementi della dotazione di posti letto.

Tenendo conto della superficie parametrica di 125 m<sup>2</sup>/p.l. assunta come riferimento, è possibile stimare in circa 50.000,00 m<sup>2</sup> la superficie complessivamente realizzabile nel nuovo Polo Oncoematologico. Essa risulta pertanto inferior alla superficie dell'area del P.O. "V. Cervello", pari a 117.179 m<sup>2</sup>. Si ritiene comunque necessaria una verifica della congruenza con le caratteristiche dell'area e valutando la eventuale possibilità di effettuare una variante urbanistica nel caso in cui dovessero essere superati quelli prescritti dalle vigenti norme urbanistiche. Tale dimensionamento tiene conto di tutte le superfici necessarie all'attrezzatura ospedaliera, cioè oltre alle strutture sanitarie vere e proprie, anche i servizi accessori, la viabilità interna, i parcheggi e le aree a verde. Al fine di procedere all'elaborazione del Metaprogetto del plesso da realizzarsi nell'area dell'attuale P.O. "V. Cervello" è stato necessario innanzitutto individuare gli edifici da mantenere e quelli da demolire. Il polo ospedaliero risulta attualmente occupato dalle seguenti strutture:

È stato verificato che, adottando come parametro di riferimento il valore di dimensionamento di 250/300 mq per posto letto, si ottiene una superficie target, per il plesso ospedaliero da 586 posti letto, compresa fra 146.000 e 175.000 m<sup>2</sup>. Tale dimensionamento tiene conto di tutte le superfici necessarie all'attrezzatura ospedaliera, cioè oltre alle strutture sanitarie vere e proprie, anche i servizi accessori, la viabilità interna, i parcheggi e le aree a verde. Si è effettuata una verifica dell'ammissibilità dei parametri urbanistici conseguenti, accertandone la loro congruenza con le caratteristiche dell'area e valutando la eventuale possibilità di effettuare una variante urbanistica nel caso in cui dovessero essere superati quelli prescritti dalle vigenti norme urbanistiche.



DATI GENERALI ED IMPIANTI TECNOLOGICI PER SINGOLO EDIFICIO							
Padiglione	Periodo Realizzaz.	Dest.	Piani Interr.	Piani F. Terra	Sup. Cop. [m <sup>2</sup> ]	Sup. Cop. L.P. [m <sup>2</sup> ]	Volume [m <sup>3</sup> ]
EDIFICIO A - POLICHIRURGICO	1989-93	sanitaria	1	7	3 476,48	25 470,00	87 828,43
EDIFICIO B	1901-40	sanitaria	1	3	6 749,74	15 646,49	100 198,66
EDIFICIO C - POLIAMBULATORIO	1996	sanitaria	1	1	1 437,31	3 537,79	10 162,24
EDIFICIO D - UFF. AMMINISTRATIVI	1971-95	amministr.	-	1	569,43	569,43	1 879,12
EDIFICIO E - ANATOMIA PATOL.	1996	sanitaria.	1	1	534,90	661,06	2 551,44
EDIFICIO F - EMATOLOGIA II	1971-95	sanitaria	-	1	435,53	481,61	2 264,76
EDIFICIO 7 - UFFICI ELISOCORSO	1971-96	amministr.	-	1	141,57	141,57	424,71
EDIFICIO 8 ' ANAT. PATOLOGICA	1996	sanitaria	-	1	213,16	213,16	575,23
EDIFICIO 9 - MAGAZZINO	1971-96	deposito	-	1	93,40	93,40	333,44
EDIFICIO 10 - MAGAZZINO	1971-96	deposito	-	1	136,92	136,92	429,93
EDIFICIO 11 - PAL. CERVELLO	1901-40	amministr.	-	1	91,08	91,08	901,69
EDIFICIO 12 - CHIESA	1901-40	luogo di culto	-	1	287,81	287,81	2 284,95
EDIFICIO 13 - MORGUE	1971-95	sanitaria	-	1	289,15	289,15	896,37
EDIFICIO 14 - BAR	1971-07	ristoro	-	1	47,84	47,84	143,52
EDIFICIO 15 - GUARDIOLA	1971-95	amministr.	-	1	25,36	25,36	63,40
CENTRALE ANTINCENDIO - a	1989-93	loc. tecn.	-	1	153,00	153,00	535,50
CENTRALI GAS M., TERM., CABINA-b	1989-93	loc. tecn.	-	1	213,05	213,05	958,73
CABINA ENEL - c	1989-1993	loc. tecn.	-	1	101,40	101,40	584,33
TRATTAMENTO RIFIUTI - d	1901-40	loc. tecn.	-	1	84,00	84,00	386,00
LAVANOLO - e	1996	stocc. biancheria	-	1	244,80	244,80	734,40



RISERVA IDRICA - f	1971-95	loc. tecn.	-	1	307,00	307,00	2 000,00
Ex STABULARIO	1971-95	magazzino	-	1	70,56	70,56	190,51
DEPURATORE - g	2003	loc. tecn.	-	1	311,25	311,25	842,00
CUTINO	2013	sanit. albergo	1	3	1 193,54	4 726,34	15 539,89
<b>TOTALI</b>					<b>17 208,28</b>	<b>53 904,07</b>	<b>232 709,25</b>

Per tale area, dai dati forniti, si rivelano inoltre i seguenti valori relativi all'uso delle superfici:

<b>SUPERFICIE LOTTO</b>	m <sup>2</sup>	117 178,95
<b>SUPERFICIE PARCHEGGIO</b>	m <sup>2</sup>	23 700,00
<b>SUPERFICIE VERDE</b>	m <sup>2</sup>	29 688,51
<b>SUPERFICIE COPERTA TOTALE</b>	m <sup>2</sup>	22 246,39
<b>VOLUME COMPLESSIVO</b>	m <sup>2</sup>	232 709,25

Fra gli edifici del polo ospedaliero attuale risultano classificati come "netto storico" e/o vincolati ai sensi del D. Lgs. n. 42 del 22 gennaio 2004 "Codice dei beni culturali e del paesaggio", i seguenti edifici:

- edificio B (Basile) ad eccezione degli ampliamenti sud - ovest;
- edificio 11 (abitazione del Dott. Vincenzo Cervello);
- edificio 12 (chiesa);
- impianto trattamento rifiuti – d.

Per tali edifici le Norme Tecniche di Attuazione del P.R.G. vigente prevedono (art. 5 comma 3, e art. Art. 20 "Netto storico") esclusivamente interventi di restauro o ristrutturazione.

## PARTE 4. Dimensionamento economico del Nuovo Polo Oncoematologico

### 4.1 Metodologia ed analisi

Le stime per il dimensionamento del nuovo ospedale vengono effettuate facendo riferimento a n. 400 posti letto, prevedendo una dotazione finanziaria fino ad un massimo di € 240.000.000,00. Altro indicatore è relativo ai m<sup>2</sup> per posto letto, che risulta essere di circa 125 m<sup>2</sup>/pl.

Per la realizzazione del presente Polo Oncoematologico è stata stimata una superficie di circa 50.000 mq<sup>2</sup>, così ripartita:

Tipologia di Area Funzionale	Percentuale	Superficie [m <sup>2</sup> ]
Degenze, area non critica	22%	11.000,00
Servizi Sanitari	22%	11.000,00
Degenze, area critica	10%	5.000,00
Reparti operatori	8%	4.000,00
Servizi collettivi	10%	5.000,00
Servizi generali	10%	5.000,00
Connettivi	9%	4.500,00
Locali tecnici	9%	4.500,00
	<b>100%</b>	<b>50.000,00</b>

La stima è stata effettuata in funzione della tipologia e dello sviluppo di aree funzionali omogenee dalle quali si ipotizza sarà costituito il nuovo presidio ospedaliero.

Le differenti tipologie di aree funzionali omogenee sono le seguenti:

- Degenze, area non critica;
- Degenze, area critica;
- Reparti operatori;
- Servizi Sanitari;
- Servizi Collettivi e Generali; - Connettivi e locali tecnici.

Ciascuna tipologia di area funzionale omogenea è stata rapportata a un fabbisogno di risorse che varia in funzione dei requisiti da soddisfare, così come definiti dalla normativa per l'accreditamento delle strutture sanitarie, ovvero dalla normativa comunque applicabile.

In considerazione delle percentuali standard di mq per tipologia di servizi/reparti, si è ipotizzato un costo per posto letto pari ad Euro 600.000,00 / p.l. ( € /pl ).

Tale costo comprende i costi per la realizzazione della scatola edilizia e delle centrali tecnologiche, il costo di costruzione, l'incidenza arredi e la tecnologia sanitaria di primo livello, l'incidenza delle opere di urbanizzazione. Ai suddetti costi devono essere sommati i costi di demolizione dei manufatti che non verranno mantenuti e quelli inerenti al recupero, edile ed impiantistico, dei manufatti esistenti da mantenere.

La determinazione dei costi è stata condotta stimando l'entità delle singole necessarie operazioni, ovvero:

- costi di demolizione degli edifici obsoleti
- costi di restauro/ristrutturazione degli edifici da mantenere
- costo di costruzione dei nuovi edifici necessari

## 4.2 Stima dei costi di demolizione

Il costo di demolizione degli edifici da dismettere è stato stimato sommando il costo di demolizione (vuoto per pieno). Applicando i costi unitari desumibili dal vigente Prezzario Unico Regionale per i Lavori Pubblici 2022, si ricava un costo unitario di demolizione per metro cubo vuoto per pieno di fabbricati in ambito urbano pari e di trasporto per metro cubo di materiale e per kilometro da percorrere di trasporto a discarica pari circa a € 22,00 per metro cubo vuoto per pieno.

Si stima la demolizione di manufatti esistenti il cui volume complessivo ammonta a circa 230.000,00 m<sup>3</sup>.

Applicando il costo unitario di € 22,00 per metro cubo vuoto per pieno, si perviene ad un importo di circa € 5.000.000,00.

## 4.3 Stima dei costi di nuova costruzione e recupero manufatti esistenti da mantenere

Per la realizzazione del presente Polo Oncoematologico è stata stimata una superficie di circa 50.000 mq<sup>2</sup>, così ripartita:

Tipologia di Area Funzionale	Percentuale	Superficie [m <sup>2</sup> ]
Degenze, area non critica	22%	11.000,00
Servizi Sanitari	22%	11.000,00
Degenze, area critica	10%	5.000,00
Reparti operatori	8%	4.000,00
Servizi collettivi	10%	5.000,00
Servizi generali	10%	5.000,00
Connettivi	9%	4.500,00
Locali tecnici	9%	4.500,00
	<b>100%</b>	<b>50.000,00</b>

La stima è stata effettuata in funzione della tipologia e dello sviluppo di aree funzionali omogenee dalle quali si ipotizza sarà costituito il nuovo presidio ospedaliero.

Le differenti tipologie di aree funzionali omogenee sono le seguenti:

- Degenze, area non critica;
- Degenze, area critica;
- Reparti operatori;
- Servizi Sanitari;
- Servizi Collettivi e Generali;
- Connettivi e locali tecnici.

Ciascuna tipologia di area funzionale omogenea è stata rapportata a un fabbisogno di risorse che varia in funzione dei requisiti da soddisfare, così come definiti dalla normativa per l'accreditamento delle strutture sanitarie, ovvero dalla normativa comunque applicabile.

In considerazione delle percentuali standard di mq per tipologia di servizi/reparti, si è ipotizzato un costo per posto letto pari ad Euro 600.000,00 / p.l. ( € /pl ).



Tale costo comprende i costi per la realizzazione della scatola edilizia e delle centrali tecnologiche, il costo di costruzione, l'incidenza arredi e la tecnologia sanitaria di primo livello, l'incidenza delle opere di urbanizzazione.

La scatola edilizia contempla l'edificio e gli impianti, intesi come quelli che attraversano l'edificio e che risultano strettamente connessi all'opera edile.

I coefficienti di contestualizzazione (C) all'area funzionale dell'ambito i-esimo sono quelli riportati nella seguente tabella:

Destinazione Generale	Tipologia di Area Funzionale	Coefficiente
Aree Sanitarie	Degenze, area non critica	1,0
	Servizi Sanitari	0,8
	Degenze, area critica	1,2
	Reparti operatori	2,0
Aree Non Sanitarie	Servizi collettivi	0,8
	Servizi generali	0,8
	Connettivi	0,65
	Locali tecnici	0,65

Considerando le opere edili, le strutture, gli impianti, i nodi tecnologici e le aree di pertinenza, il costo unitario medio di realizzazione del presidio ospedaliero, per una superficie di circa 50.000 m<sup>2</sup>, e pari a circa **4.800,00 €/m<sup>2</sup>**.

Le superfici attribuite alle diverse Aree Ospedaliere sono ricondotte alle aree funzionali omogenee di riferimento per le stime economiche come appresso riportato:

Destinazione Generale	Tipologia di Area Funzionale	Percent.	Superficie [m <sup>2</sup> ]	Coeff.	€/m <sup>2</sup>	Importo [€]
Aree Sanitarie	Degenze, area non critica	22%	11.000,00	1,0	3.000,00	33.000.000,00
	Servizi Sanitari	22%	11.000,00	0,8	2.400,00	26.400.000,00
	Degenze, area critica	10%	5.000,00	1,2	3.600,00	18.000.000,00
	Reparti operatori	8%	4.000,00	2,0	6.000,00	24.000.000,00
<b>Totale Aree Sanitarie</b>		<b>62%</b>	<b>31.000,00</b>			<b>101.400.000,00</b>
Aree Non Sanitarie	Servizi collettivi	10%	5.000,00	0,8	2.400,00	12.000.000,00
	Servizi generali	10%	5.000,00	0,8	2.400,00	12.000.000,00
	Connettivi	9%	4.500,00	0,65	1.950,00	8.775.000,00
	Locali tecnici	9%	4.500,00	0,65	1.950,00	8.775.000,00
<b>Totale Aree Non Sanitarie</b>		<b>38%</b>	<b>19.000,00</b>			<b>41.550.000,00</b>
<b>Totale Aree</b>		<b>100%</b>	<b>50.000,00</b>			<b>142.950.000,00</b>



Per la stima dell'ordine di grandezza del costo per la realizzazione dei parcheggi e delle aree esterne è stato costituito un repertorio di esperienze, dal quale sono stati dedotti i valori parametrici sotto riportati ed applicati alle superfici di progetto. Il costo riferito alle aree verdi comprende la realizzazione di aree verdi d'ambito o pertinenziali, quindi direttamente fruibili dall'utenza, anche tramite la realizzazione di opportuni percorsi per renderla accessibile.

<b>SISTEMAZIONI ESTERNE</b>			
Tipologia	Sup. [m <sup>2</sup> ]	Costo Unitario [€/m <sup>2</sup> ]	Costo Stimato [€]
Parcheggi a raso	□ 10.000,00	50,00	500.000,00 €
Parcheggio Coperto Multip.	□ 20.000,00	500,00	10.000.000,00 €
Aree Verdi	□ 50.000,00	50,00	2.500.000,00€
Viabilità'	□ 10.000,00	100,00	1.000.000,00 €
Reti Infrastrutturali	-	5% del costo di costruzione	3.000.000,00 €
<b>COSTO TOTALE SISTEMAZIONI ESTERNE</b>			<b>17.000.000,00 €</b>

## **PARTE 5. Tipologia, Tempi e fasi del procedimento di progettazione e realizzazione del Nuovo Polo Oncoematologico**

### **5.1 Procedimento di approvazione del progetto in variante**

In considerazione della complessità dell'iter tecnico-amministrativo per la realizzazione del Nuovo Polo Oncoematologico, nell'ipotesi di dover effettuare una "variante" al P.R.G., per modificare i parametri urbanistici ed edilizi vigenti, le possibili procedure attuabili sono due:

1. variante "ordinaria" ai sensi dell'art. 26 della L.R. n. 19/20 e ss.mm.ii.
2. approvazione del progetto in variante ai sensi dell'art. 7 della L.R. n. 65/81.

Nel caso di variante ordinaria allo strumento urbanistico vigente, l'approvazione è demandata al Comune con procedura analoga a quella di approvazione del P.U.G. (Piano Urbanistico Generale, nuovo strumento di pianificazione da Agosto 2020, che sostituisce il P.R.G.), ai sensi dell'art. 26 della L.R. n. 19 del 13.08.2020 e ss.mm.ii., che ha abrogato sostituendola la L.R. n. 71/78 di recepimento per la Regione Siciliana dei contenuti e procedure della Legge "Urbanistica" statale n. 1150 del 17.08.1942. Per approvare la proposta di variante, presentata su richiesta dell'A.O.O.R. "Villa Sofia- Cervello", dovrebbe essere preliminarmente indetta la procedura di "consultazione ed acquisizione dei pareri" necessari, che dovrebbero poi essere trasmessi per l'approvazione ad una Conferenza di Pianificazione appositamente indetta. L'adozione da parte del Consiglio Comunale renderebbe finalmente operativa la variante, con la sottoscrizione di un apposito "accordo di pianificazione".

Solo allora si potrebbe procedere all'elaborazione del progetto edilizio del Nuovo Polo Oncoematologico.

Nel caso di variante ordinaria, tra tanti pareri necessari da acquisire prima dell'esame da parte della Conferenza di Pianificazione, questa andrebbe anche soggetta, come appunto stabilito dalle procedure di approvazione della variante al P.U.G., a Valutazione Ambientale Strategica (V.A.S.), disciplinata all'art. 6 del D. Lgs. n 152 del 03.04.2006 "Testo Unico delle Norme in materia ambientale". Tale procedura prevede termini, per le varie fasi previste di formazione e approvazione, che, seppur ridotti a metà nel caso di "varianti parziali" al P.U.G., sono comunque lunghi e non facilmente contingentabili, non essendo termini perentori.

L'approvazione del progetto in variante urbanistica è invece consentita, dalle norme vigenti nella Regione Siciliana, nel caso di opere di "interesse statale o regionale", ovvero di opere pubbliche che interessino un ambito sovracomunale promosse da enti istituzionalmente competenti. In tale casistica rientra sicuramente la realizzazione del Nuovo Polo Oncoematologico, opera di rilevanza non solo provinciale ma significativa per l'intera Sicilia Occidentale. Secondo tale procedura è possibile approvare la necessaria variante al P.R.G. contestualmente all'approvazione del progetto "di massima o esecutivo".

Secondo l'art. 7 della L.R. n. 65 dell'11.04.1981 "Norme integrative della Legge Regionale 27 dicembre 1978, n. 71", infatti, un progetto che comporta variante allo strumento urbanistico può essere approvato direttamente dall'Assessorato Regionale al Territorio e Ambiente, che acquisisce il parere dei Consigli Comunali interessati e si esprime entro quarantacinque giorni anche nel caso di parere contrario o non reso.

Tale seconda procedura, per via della sua snellezza e velocità di messa in atto, può senza dubbio rivelarsi più conveniente ed efficace, superando anche l'inerzia dell'Amministrazione Comunale.

## 5.2 Procedura per l'acquisizione del Progetto Esecutivo

La procedura individuata dall'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" per l'acquisizione del Progetto Esecutivo dei Lavori di realizzazione del Nuovo Polo Oncoematologico è quella del Concorso di Idee. A tal fine, è stata individuata una procedura aperta in unico grado, in forma anonima, in modalità informatica con trasmissione dei plichi in modalità cartacea; ciò al fine di superare le difficoltà operative correlate alla acquisizione ed alla consultazione di formati di file che non possono essere gestiti, in termini di formato e dimensioni, dalla piattaforma elettronica in uso presso l'Azienda.

Nel caso di attuazione dell'intervento, il vincitore del Concorso, previa procedura negoziata senza pubblicazione di bando, verrà incaricato delle successive fasi progettuali, della direzione dei lavori e del coordinamento della sicurezza. La stazione appaltante affiderà tempestivamente al Vincitore, previa verifica dei requisiti di cui ai periodi successivi, il progetto di fattibilità tecnica ed economica dell'opera.

In tal caso, il vincitore dovrà dimostrare il possesso dei requisiti speciali anche ricorrendo, dopo la conclusione della procedura concorsuale, all'avvalimento o alla costituzione di un raggruppamento temporaneo. Qualora la Stazione Appaltante ritenga di richiedere all'Affidatario l'espletamento di prestazioni ulteriori aggiuntive, ancorché non affidate e/o non previste dal presente disciplinare, a titolo di esempio SCIA, SCA, ecc., necessarie per il completamento dell'opera e/o dell'iter amministrativo per il conseguimento delle autorizzazioni previste dalla normativa vigente in materia, l'Affidatario si obbliga ad accettare l'incarico ad esse relativo alle medesime condizioni ottenute in seguito alla negoziazione.

In relazione a tali prestazioni ulteriori aggiuntive, è stabilito, sin d'ora, che i corrispettivi da corrispondere per la loro remunerazione, saranno determinati alle medesime condizioni tariffarie vigenti all'epoca dell'offerta, sulla base degli importi effettivamente risultanti dalla progettazione.

La migliore idea progettuale sarà valutata da una commissione giudicatrice così composta:

### MEMBRI TITOLARI

N. 1 rappresentante della Stazione Appaltante, con funzioni di Presidente;

N. 1 esperto designato dall'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Palermo con comprovata esperienza in ambito di edilizia ospedaliera;

N. 1 esperto designato dall'Ordine degli Architetti della Provincia di Palermo con comprovata esperienza in ambito di edilizia ospedaliera;

N. 1 esperto nominato dalla Stazione Appaltante;

N. 1 esperto, nominato dall'Assessorato Regionale della Salute.

### MEMBRI SUPPLEMENTI

Per ogni titolare sarà nominato un membro supplente.

Il compenso previsto per i membri della commissione giudicatrice è quello previsto dall'art. 13 comma 7 del DPRS 13/2012.

A conclusione dei lavori, che sono di carattere riservato, la commissione redigerà il verbale finale, contenente la graduatoria del Concorso, con le motivazioni (per tutti i concorrenti). Tale verbale sarà pubblicato sul sito web del concorso. Non sono ammessi ex aequo per il primo classificato. La decisione della commissione è vincolante per l'Ente banditore che, previa verifica dei requisiti dei partecipanti, approverà la graduatoria mediante apposito provvedimento amministrativo. La Commissione Giudicatrice dovrà concludere i propri lavori entro il termine indicato nel calendario.

Il Concorso si concluderà con una graduatoria di merito e con l'attribuzione di premi e riconoscimenti per i primi tre classificati.

Agli autori di tutte le proposte meritevoli (primi tre classificati più eventuali altre proposte meritevoli di menzione), previo esito positivo della verifica dei requisiti degli stessi partecipanti, verrà rilasciato un Certificato di Buona Esecuzione del Servizio, utilizzabile a livello curriculare, quale studio di fattibilità, sia

in termini di requisiti di partecipazione che di merito tecnico, nell'ambito di procedure di affidamento di servizi di architettura e ingegneria.

### 5.3 I tempi di realizzazione del progetto

Nel caso di attuazione dell'intervento e, pertanto, di affidamento delle fasi successive della progettazione, dovranno essere rispettate le seguenti scadenze:

- progetto di fattibilità tecnica ed economica - elaborati per variante urbanistica: **entro 45 giorni** dal conferimento dell'incarico e comunque su espressa richiesta della Stazione appaltante;
- progetto di fattibilità tecnica ed economica - ulteriori elaborati rispetto al punto precedente: **entro 30 giorni** dalla espressa richiesta della Stazione appaltante;
- progetto definitivo: **entro 120 giorni** dall'approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica e comunque su espressa richiesta della Stazione appaltante;
- progetto esecutivo: **entro 60 giorni** dall'approvazione del progetto definitivo e comunque su espressa richiesta della Stazione appaltante.

Per la tempistica si considerano i giorni naturali consecutivi di calendario.

### 5.4 La procedura di affidamento dei lavori di costruzione del Nuovo Polo Oncoematologico

I Lavori di realizzazione del Nuovo Polo Oncoematologico verranno aggiudicati mediante procedura aperta e secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, sulla base del progetto esecutivo redatto dai progettisti incaricati, a seguito dell'avvenuta verifica e validazione ed approvazione in linea tecnica ed amministrativa dello stesso secondo la specifica normativa regionale in materia di Lavori Pubblici.

### 5.5 Cronoprogramma fasi attuative

FASE	TEMPI
Individuazione Area	Eseguita
Acquisizione Progetto Fattibilità Tecnica ed Economica	7-9 mesi
Variante Urbanistica sull'area - Ex art. 7 L.R. 65/81 e smi	6-8 mesi
Definizione Progettazione Esecutiva	4-6 mesi
Indizione Gara per i lavori di realizzazione	2-4 mesi
Aggiudicazione gara per i lavori e posa prima pietra	4-6 mesi
Esecuzione dei lavori	84-120 mesi
Collaudo e accreditamento	12 mesi



## 5.6 Quadro Economico

<b>Lavori a base d'asta</b>		<b>164.950.000,00 €</b>
<b>Somme a disposizione</b>		
IVA su lavori	16.495.000,00€	
Espropriazioni	-----	
Spese tecniche, collaudi	30.000.000,00 €	
Attrezzature tecnologiche e arredi (IVA compresa)	25.000.000,00€	
Altre somme a disposizione	3.555.000,00 €	
<b>Totale somme a disposizione</b>		<b>75.050.000,00 €</b>
<b>Costo Complessivo Intervento</b>		<b>240.000.000,00 €</b>

La copertura finanziaria dell'intervento del costo complessivo di € 240.000.000,00 è assicurata (ripartita nelle quote 95% Stato, per € 228.000.000,00 e 5% Regione Siciliana, per € 12.000.000,00) dai fondi art. 20 legge 67/88.



## **INTERVENTO N. 5**

### **Riqualificazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo**

#### **Art. 20 legge 67/88**



### SCHEDA INTERVENTO P.O. INGRASSIA

Riqualificazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo - Miglioramento dell'assistenza sanitaria per il P.O. Ingrassia mediante i lavori di ristrutturazione ed adeguamento del reparto di Ostetricia e Ginecologia ed all'acquisto di attrezzature sanitarie da destinare alla sala operatoria del reparto di Ostetricia e ginecologia

#### Titoli interventi:

- Riqualificazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo - ex art. 71 della legge 448/98 importo € 13.535.612,88 - **CUP: F76J15000040002.**

R.U.P. Dirigente Ing. Maurizio Ferlisi

- Riqualificazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo - risorse a valersi sulla Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) di cui al D.A. n. 2726/2017 importo € 6.500.000,00 - **CUP: F74E17000820002;**

R.U.P. Dirigente Ing. Maurizio Ferlisi

L'intervento di "riqualificazione e rifunzionalizzazione del P.O. "G. F. Ingrassia" è stato oggetto nel corso degli anni di un complesso iter procedurale che di seguito si riporta:

- **con delibera n. 2751 del 30.10.2002** veniva affidata la progettazione definitiva dei "Lavori di adeguamento strutturale, architettonico, impiantistico e funzionale del Presidio Ospedaliero Ingrassia di Palermo", per i quali l'Accordo di Programma Stato – Regione aveva previsto un finanziamento pari a € 20.000.000,00;
- **con nota prot. n. 5737 del 14.10.2011**, l'A.S.P. faceva richiesta di finanziamento all'Assessorato Regionale della Salute per un importo complessivo di € 19.252.139,00;
- **con nota prot. n. 77204 del 22.10.2012**, l'Assessorato Regionale della Salute comunicava che il Ministero della Salute in data 12.10.2012 aveva approvato il Documento Unitario di Programmazione degli Investimenti Sanitari in Sicilia (D.U.P.I.S.S.), assegnando per la "Riqualificazione e rifunzionalizzazione del P.O. Ingrassia di Palermo", ex art. 71 della legge 448/98, la somma complessiva di € 13.535.612,88 di cui € 9.474.929,02 (70%) a carico del bilancio dello Stato ed € 4.060.683,86 (30%) a carico del bilancio della Regione Siciliana;
- **con conferenza Speciale di Servizi** del 09.07.2014, convocata ai sensi dell'art. 5, c.2 della L.R. n. 12 del 12.07.2011 e dell'art. 5 del D.P.R. del 02.10.2010, veniva approvato in linea tecnica il progetto definitivo come da verbale conclusivo assunto al prot. ASP n. 23949 del 03.11.2014;
- **con delibera n. 353 del 01.12.2014**, veniva approvato il "progetto definitivo di adeguamento strutturale, architettonico, impiantistico e funzionale del P.O. Ingrassia di Palermo", per l'importo complessivo di € 13.535.612,88;
- **con nota prot. n. 2410 del 27.02.2015**, l'A.S.P. trasmetteva all'Assessorato alla Salute la documentazione richiesta (documenti tecnici, cronoprogramma, verbale conferenza dei servizi del 09.07.2014, ecc.) al fine dell'ammissione a finanziamento;
- **con nota prot. n. 9116 del 28.08.2015**, l'A.S.P. rappresentava all'Assessorato talune criticità relative al P.O. Ingrassia e per le quali era stato chiesto un apposito tavolo tecnico;



- **con nota prot. n. 2121 del 10.03.2016**, l'A.S.P. rappresentava all'Assessorato alla Salute che, a seguito della nuova rete ospedaliera regionale pubblicata sulla GURS n. 4 del 23.01.2015, era necessario verificare la congruenza del progetto alla nuova rimodulazione ospedaliera;
- **con nota prot. n. 31963 del 14.04.2017**, l'Assessorato alla Salute, facendo seguito alla nota n. 77204 del 22.10.2012, con la quale notificava l'assegnazione della somma di Euro 13.535.612,88 per l'intervento di "Riqualificazione e Rifunionalizzazione del P.O. Ingrassia", evidenziava che gli elaborati progettuali, le successive procedure per l'appalto e l'esecuzione dei lavori dovevano essere trattati nel rispetto del nuovo "Codice dei Contratti" di cui al D.Lgs. 50/2016 e comunicava che "ad avvenuta acquisizione degli elaborati progettuali e successivamente al provvedimento di approvazione, si sarebbe proceduto all'erogazione della somma di Euro 473.746,45, quale 5% di anticipazione sulla quota del 70% di pertinenza statale";
- **con nota prot. n. 28497 del 20.06.2017** inviata all'Assessorato della Salute, l'A.S.P. richiamando la nota n. 5737 del 14.10.2011 - con la quale avanzava richiesta di finanziamento all'Assessorato della Salute per un importo complessivo pari ad € 19.252.139,00 - e la nota dell'Assessorato n. 77204 del 22.10.2012 - con la quale comunicava l'assegnata somma di € 13.535.612,88 - evidenziava problematiche afferenti alla nuova rete ospedaliera e criticità rappresentate in tavoli tecnici tenutisi in Assessorato nei giorni 06.07.2016 e 18.07.2016, per il superamento delle quali la somma necessaria doveva essere incrementata per un importo complessivo pari a € 23.000.000,00;
  - **con nota prot. n. 97012 del 29.12.2017** l'Assessorato alla Salute, notificava all'A.S.P. il D.A. n. 2726/2017 del 22.12.2017 che assegnava un ulteriore finanziamento di € 6.500.000,00 da avvalersi su risorse accantonate nella GSA, destinati alla "Riqualificazione e rifunionalizzazione del P.O. Ingrassia";
  - con **delibera n. 1911 del 07.12.22**, veniva autorizzato ai sensi del predetto art. 1 L. 120/2020 e ss.mm.ii. l'affidamento del servizio di Progettazione per ***l'aggiornamento/adequamento*** del progetto definitivo denominato "*Lavori di adeguamento strutturale, architettonico, impiantistico e funzionale del Presidio Ospedaliero G.F. Ingrassia di Palermo*" in atti all'Amministrazione. Tale aggiornamento/adequamento si è reso necessario in considerazione delle sopraggiunte modifiche e degli aggiornamenti legislativi, riguardanti in particolare le "Norme tecniche per le costruzioni" D.M. 17 gennaio 2018 e ss.mm.ii., delle "Norme tecniche di prevenzioni incendi" D.M. 03 agosto 2015 e ss.mm.ii., e tenuto conto delle nuove necessità ed esigenze emerse "*medio tempore*", dovute anche alla nuova rete ospedaliera pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia n. 6 del 08.02.2019, che hanno comportato un'ulteriore revisione del progetto definitivo in atti all'Amministrazione;
  - **con delibera n. 262 del 24.02.2023**, veniva affidato il servizio di Progettazione per ***l'aggiornamento/adequamento*** del progetto definitivo denominato "*Lavori di adeguamento strutturale, architettonico, impiantistico e funzionale del Presidio Ospedaliero G.F. Ingrassia di Palermo*";

**L'aggiornamento/adequamento** del progetto definitivo in atti all'Amministrazione prevede in sintesi quanto di seguito sulla base dei due finanziamenti concessi:

- Valutazione del livello di vulnerabilità sismica della struttura esistente e relativo progetto di miglioramento sismico secondo le "Norme tecniche per le costruzioni" D.M. 17 gennaio 2018 e ss.mm.ii.;
- Modifiche dell'attuale distribuzione interna del P.O. in argomento (chiusura di vani, irrigidimento di travi/pilastri e dei solai, ecc.).
- Adeguamento delle unità operative per l'accreditamento delle strutture sanitarie.
- Adeguamento alle norme vigenti degli impianti tecnologici di antincendio, elettrico, illuminazione, condizionamento, idrico-sanitario, produzione di acqua calda e gas medicali
- Riqualificazione architettonica
- Adeguamento funzionale
- Rimozione delle strutture precarie-removibili, impiegate per la chiusura dei balconi a "loggia" utilizzati ed occupati da diversi reparti (cardiologia, ginecologia, ecc.), in quanto immobile vincolato "open legis" che deve essere ricondotto all'originario aspetto e decoro architettonico;
- Ridistribuzione interna di alcuni reparti (farmacia, laboratorio analisi e quanto previsto nel progetto);
- Realizzazione di un'area da destinare all'Endoscopia Digestiva.

Si rappresenta, per completezza di informazione che in merito "alla rilevazione degli avanzamenti procedurali e finanziari ex art. 71 L. n. 448/1998 – Monitoraggio al 31.12.2022" di cui alla nota Prot./Serv./ 3/n. 8592 del 03.02.2023 dell'Assessorato della Salute, l'ASP ha relazionato e riscontrato sullo stato di avanzamento procedurale con nota ASP-49260 del 01.03.2023.

**Si evidenzia tuttavia che l'aggiornamento/adequamento** del progetto in argomento non include:

1. la riqualificazione di alcuni reparti, quali ad esempio l'area diagnostica per immagini e l'area ambulatoriale, fondamentali per una maggiore riqualificazione e rifunzionalizzazione del presidio in argomento;
2. la riqualificazione dell'area esterna (verde storico – viabilità interna – area parcheggi – illuminazione esterna) dell'intero complesso;
3. la riqualificazione dell'immobile posto all'ingresso dell'area del Presidio Ospedaliero, oggi sede della Direzione Sanitaria e Amministrativa di presidio, che potrebbe accogliere l'unità operativa ambulatoriale comprendente le branche specialistiche di Spirometria, Chirurgia,

Otorinolaringoiatria, Oculistica, Ortopedia, Ginecologia, Ecografia ginecologica, Medicina generale, Cardiologia, Pneumologia, e Fisiopatologia, stante che il progetto in aggiornamento prevede l'ubicazione della Direzione Sanitaria e Amministrativa di Presidio al II piano del P.O.; **L'importo stimato per gli interventi sopra evidenziati ammonta ad € 4.000.000,00.**

### **Titolo intervento:**

- Miglioramento dell'assistenza sanitaria per il P.O. Ingrassia mediante i lavori di ristrutturazione ed adeguamento del reparto di Ostetricia e Ginecologia ed all'acquisto di attrezzature sanitarie da destinare alla sala operatoria del reparto di Ostetricia e ginecologia - **ex art. 71 della legge 448/98 importo € 632.494,37;**

R.U.P. Collaboratore Tecnico Professionale Geom. Antonino Leto

Premesso che

- **con nota prot. n. 2705 del 18.11.2005**, l'A.S.P. ha manifestato all'Assessorato Regionale della Sanità *"l'intenzione di avvalersi dei finanziamenti ancora residui previsti dall'art. 71 della L. 448/98 ed a tal uopo tra tale programmazione ha inserito i lavori di ristrutturazione ed adeguamento del Reparto di Ostetricia e Ginecologia del P.O. Ingrassia, fissando una spesa complessiva di € 632.494,37"*;
- **con delibera n. 308 del 21.03.2023**, veniva autorizzato ai sensi dell' art. 1 L. 120/2020 e ss.mm.ii. l'affidamento dell'incarico di revisione e aggiornamento del *"Progetto dei lavori di ristrutturazione del reparto di ostetricia e ginecologia del P.O. G.F. Ingrassia"* redatto dall'U.O.C. progettazione e manutenzione nell'anno 2017;

**Tenuto conto** che l'importo già finanziato dall'Assessorato Regionale della Salute nell'ambito del *"programma di riqualificazione dell'assistenza sanitaria delle aree metropolitane di Palermo e Catania-ex art. 71 L. 448/98"* pari ad € 632.494,37, risulta ad oggi insufficiente per la realizzazione del progetto in argomento, in ragione del tempo intercorso nonché degli aggiornamenti normativi medio tempore intervenuti, si rende necessario procedere:

- all'adeguamento alle norme vigenti degli impianti tecnologici di antincendio, elettrico, illuminazione, condizionamento, idrico-sanitario, produzione di acqua calda e gas medicali; - all'aggiornamento al prezzario Regionale OO.PP. vigente;

**Per quanto sopra, l'importo complessivo stimato originariamente e pari ad € 632.494,37, già finanziati, necessita di un incremento di € 2.000.000,00.**

**SCHEMA RIEPILOGATIVO**

<b>Finanziamenti attuali</b>		
Oggetto	Importo complessivo	Linea di finanziamento
Riqualificazione e rifunzionalizzazione	€ 13.535.612,88	Art. 71 L. 448/98
Miglioramento dell'assistenza sanitaria per il P.O. Ingrassia mediante i lavori di ristrutturazione ed adeguamento del reparto di Ostetricia e Ginecologia ed all'acquisto di attrezzature sanitarie da destinare alla sala operatoria del reparto di Ostetricia e ginecologia	€ 632.494,37	Art. 71 L. 448/98
Riqualificazione e rifunzionalizzazione	€ 6.500.000,00	D.A. 2726/17
<b>TOTALE</b>	<b>€ 20.668.107,25</b>	

**Finanziamento**

Oggetto	Importo
"Riqualificazione dell'area esterna, adeguamento area diagnostica per immagini e realizzazione della nuova area ambulatoriale del P.O. Ingrassia"	€ 4.000.000,00
integrazione finanziamento per: "Miglioramento dell'assistenza sanitaria per il P.O. Ingrassia mediante i lavori di ristrutturazione ed adeguamento del reparto di Ostetricia e Ginecologia ed all'acquisto di attrezzature sanitarie da destinare alla sala operatoria del reparto di Ostetricia e Ginecologia"	€ 2.000.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 6.000.000,00</b>



**FINE DOCUMENTO**