



**Giunta Regionale della Campania**

**IL NUOVO OSPEDALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA OO.RR.  
SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA - SALERNO**

**DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE**

**IL NUOVO OSPEDALE  
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA  
UNIVERSITARIA OO.RR.  
SAN GIOVANNI DI DIO  
E RUGGI D'ARAGONA  
SALERNO**

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
COMUNE DI SALERNO

Luglio 2018

18





## **SOMMARIO GENERALE**

### **PREMESSA**

**PARTE 1. - Inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico finalizzato alla realizzazione del Nuovo Ospedale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona di Salerno.**

- 1. Inquadramento territoriale**
- 1.1. L'area di intervento
- 1.2. Strumenti di pianificazione sovraordinata
- 1.3. Mobilità e accessibilità
- 1.4. Servizi generali
- 1.5. Stato degli strumenti di pianificazione locale (vincoli)
- 1.6. Aspetti ambientali
- 1.7. Inquadramento geografico, geologico e cartografico
- 1.8. Assetto Idrogeologico

**PARTE 2. - L' Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona**

- 2. L'Azienda Ospedaliera Universitaria**
- 2.1. Il contesto
- 2.2. Il territorio e la popolazione
- 2.3. Scenario epidemiologico e bisogno di servizi sanitari: l'Italia, la Campania e la provincia di Salerno
- 2.4. La struttura aziendale
- 2.5. I posti letto ospedalieri: implementazione delle reti assistenziali
- 2.6. I ricoveri
- 2.7. I volumi di attività dei servizi
- 2.8. La mobilità
- 2.9. Indicazioni per la Progettazione
- 2.10. L'Università

**PARTE 3. - Il Nuovo Ospedale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona di Salerno.**

- 3.1. Obiettivi generali, esigenze e bisogni da soddisfare
- 3.2. Modello funzionale ed organizzativo
- 3.3. Caratteristiche e requisiti dell'opera
- 3.4. Il contesto normativo di riferimento

**PARTE 4. - Dimensionamento economico del Nuovo Ospedale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona – Salerno - Tempi e fasi del procedimento**

- 4.1. Metodologia ed analisi
- 4.2. Stima dei costi per "Strutture, impianti e nodi tecnologici"

## PREMESSA

Nell'ambito del cd. *"Patto per la Campania"* - sottoscritto il 24 aprile del 2016 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dalla Regione Campania – tra gli interventi individuati, ed ammessi a finanziamento, vi è la *"Realizzazione del nuovo complesso ospedaliero San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona"* della città di Salerno.

A quest'opera, di notevole impatto socio-assistenziale per tutta la popolazione dell'area vasta della provincia di Salerno nonché per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria Campana, sono state destinate, attraverso una prima delibera CIPE del 10 agosto 2016, somme pari a 327 ML di euro di fondi FSC 2014/2020.

Per la realizzazione del suddetto intervento, la Regione Campania è Soggetto Attuatore e la Conferenza dei servizi dell'11 dicembre dello scorso anno tra Regione Campania, Comune di Salerno, AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona e Università di Salerno ha proceduto all'individuazione del sito ove realizzare la nuova sede dell'AOU che ospiterà le attività assistenziali, di ricerca e di didattica, così come previsto dallo schema di Protocollo d'Intesa tra le parti che la Regione Campania ha approvato con DGR n. 108 del 27/02/2018. E' stata individuata l'area ubicata in località San Leonardo, di oltre 207mila metri quadrati, ritenuta idonea ad ospitare la nuova struttura anche per la sua vicinanza all'attuale Plesso "Ruggi" ed alle principali infrastrutture della città.

L'obiettivo generale dell'intervento da realizzare è la realizzazione di un nuovo Ospedale che dovrà 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) e una potenzialità di circa 716 posti letto.

Al fine di raggiungere i necessari ed indispensabili obiettivi di eccellenza, il nuovo Ospedale dovrà attivare le azioni necessarie per curare e migliorare la salute dei cittadini attraverso strutture tecnologicamente avanzate e attente ai bisogni complessivi della persona.

Il nuovo Ospedale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona di Salerno sarà finanziato attraverso fondi FSC o altre modalità di finanziamento relative a iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria.

Ai progettisti è richiesta una proposta progettuale concreta, unitaria ed esaustiva delle esigenze espresse dalla programmazione sanitaria regionale e aziendale, realizzando una struttura moderna, razionale e funzionale che ospiti le attività sanitarie e universitarie di competenza dell'Azienda Ospedaliera.

Il documento è articolato in 4 parti: la prima relativa all'inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico, ed è finalizzata ad esaminare le principali caratteristiche dell'area destinata ad ospitare il nuovo ospedale unico; la seconda parte è focalizzata l'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona allo stato attuale; la terza parte introduce le caratteristiche principali che dovrà avere il Nuovo Ospedale; la quarta è dedicata al dimensionamento economico e all'analisi economico-finanziaria e temporale del Nuovo Ospedale.

**PARTE 1. Inquadramento territoriale, ambientale, urbanistico  
finalizzato alla realizzazione  
del Nuovo Ospedale dell'Azienda Ospedaliera  
Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio  
Ruggi d'Aragona di Salerno**

# 1. Inquadramento territoriale

## 1.1. L'area di intervento "Allegati 1 - 2 - 3"

L'area ricade nella parte orientale del territorio comunale, in prossimità della zona ospedaliera di San Leonardo e del nucleo urbano di Fuorni. La stessa confina:

- a Nord con la via San Leonardo;
- ad Est con il lotto della Centrale del latte e con il corso del fiume Fuorni;
- ad Ovest con suoli sui quali insistono fabbricati privati a destinazione prevalentemente produttiva nonché interessati da un programma di Edilizia Residenziale Pubblica in itinere;
- a Sud con suoli sui quali insistono fabbricati privati, nonché con il rilevato della tangenziale e quello della linea ferroviaria NA-RC.

L'ambito, di notevole estensione, circa 220.000,00mq, ha un andamento pianeggiante, con una pendenza degradante che, all'incirca, dalla quota 30,00 s.l.m. relativa al tratto di Via San Leonardo sul fronte Nord, perviene alla quota 21,00 s.l.m. relativa alla zona intermedia, fino alla quota 16,00 s.l.m. in corrispondenza del margine Sud.

Lo stesso risulta sostanzialmente ineditato, parzialmente coltivato nella parte Sud, ed annovera nel suo perimetro, la presenza dei seguenti fabbricati di cui dovrà essere prevista la demolizione al fine della completa libertà e disponibilità alla progettazione delle aree:

1. Un grande caseggiato in disuso situato sul margine Nord dell'area, in fregio alla via San Leonardo, costituito da un corpo principale a tre livelli, adiacente alla predetta strada e di altri ad un livello;
2. La grande struttura, in fase di realizzazione, relativa alla sede della ex Soc. Finmatica, realizzata a seguito di Provvedimento Unico n° 16 del 9/04/01, per il quale con atto n° 13 del 23.02.2007 il Comune ne dichiarò la decadenza. Per tale immobile è stata emessa ordinanza di demolizione n° 50 del 21/11/07 sospesa dal TAR.
3. Un caseggiato di tipo rurale sito al centro dell'area di intervento, costituito da un corpo principale a due livelli e da altri due ad un livello.
4. Un fabbricato isolato - a due livelli - posto nel lembo meridionale dell'area, in posizione centrale, in prossimità del tracciato del rilevato ferroviario.

Dal punto di vista infrastrutturale, lungo il perimetro l'area è parzialmente lambita dalla Via San Leonardo e, ad Ovest, da una stradina con accesso dalla menzionata Via San Leonardo, in prosecuzione di quella prevista dall'intervento di E.R.P. in corso di realizzazione (480 alloggi di edilizia agevolata - area S. Leonardo).

Al margine della stessa, il contesto è costituito da aree sostanzialmente edificate, caratterizzate prevalentemente dalla presenza di immobili di tipo produttivo, in particolar modo sul fronte est, laddove il corso del fiume Fuorni la separa dall'adiacente Area di Sviluppo Industriale.

Nel complesso si osserva, allo stato attuale, che l'evoluzione del tessuto urbano negli ultimi decenni, anche connessa alla proliferazione di episodi edilizi abusivi in assenza di un disegno urbanistico, ha di fatto ormai alterato l'originaria vocazione agricola del sito. Inoltre, conseguentemente al carattere periferico dello stesso si rileva in zona una diffusa inadeguatezza di infrastrutture, sia primarie che secondarie, e pertanto necessitanti di integrazioni (parcheggi, attrezzature sociali comuni, attrezzature per il tempo libero, ecc.).

Nella carta dell'uso agricolo, tale lotto risulta, per la maggior parte, coltivato a frutteto, con una ampia zona nel margine sud connotata come pascolo incolto ed una residua area lungo via S. Leonardo coltivata a seminativo irriguo. Come dianzi evidenziato, allo stato la parte interessata dal vincolo paesaggistico è costituita da una fascia di terreno - prevalentemente incolto - caratterizzato dalla presenza di vegetazione di tipo arbustivo spontaneamente sviluppatasi lungo i margini della modesta "incisione" fluviale. Peraltro, mentre il descritto margine occidentale dell'alveo (ricadente nell'area d'intervento) conserva le originarie caratteristiche morfologiche, si osserva che, lungo il margine orientale ricadente in Area di Sviluppo industriale, le sistemazioni dei piazzali degli opifici hanno di fatto comportato la completa impermeabilizzazione della fascia adiacente il predetto alveo.



Pertanto, allo stato, seppure risulta evidente la necessità di salvaguardare la fascia fluviale proprio in considerazione della esasperata cementificazione dell'argine già operata nell'adiacente A.S.I., sono altresì evidenti le modeste caratteristiche di pregio paesaggistico o ambientale che allo stato possono attribuirsi alla stessa, proprio in forza:

- delle descritte trasformazioni antropiche intervenute nel corso del tempo, che hanno comportato la cementificazione del margine Est dell'alveo;
- della limitata dimensione dell'incisione dell'alveo "fluviale";
- della inesistenza di vegetazione di alcun pregio lungo il margine Ovest.

In conclusione, quindi, considerata:

- la attuale connotazione dei luoghi
- le previsioni del vigente PUC che caratterizza un'ampia fascia latistante il corso del fiume Fuorni come area standard da riservarsi a "Verde attrezzato e Sport";

Si è ritenuto di assumere, tra i criteri di sostenibilità ambientale alla base della futura progettazione, l'esigenza di confermare sostanzialmente la fascia già individuata dal PUC come area standard, riservandone il suo utilizzo per la parte latistante l'alveo del Fuorni - a "Parco pubblico", implementando considerevolmente la vegetazione con piantumazioni autoctone, con funzione anche di barriera visuale rispetto alle adiacenti edificazioni produttive.

## **1.2. Strumenti di pianificazione sovraordinata "Allegati 5 – 6 – 7"**

### **Il piano territoriale regionale (PTCP)**

Dopo un lungo percorso, nel marzo 2012 è intervenuta l'approvazione del PTCP con la Delibera C.P. n°15, successivamente approvata dalla Regione Campania con deliberazione n° 287 /2012, pubblicata sul BURC n° 38 del 18.06.2012.

Il PTC della Provincia di Salerno si è posto l'obiettivo di armonizzare conservazione e sviluppo, invece che in un disegno preordinato del territorio, tipico della pianificazione tradizionale, in un procedimento, una azione pianificatoria dinamica, che coinvolga di volta in volta nelle scelte, dietro l'impulso dell'ente Provincia, i diversi attori che concorrono alla gestione, alla salvaguardia ed alla trasformazione del territorio. Vengono così delineate con precisione le aree, attraverso i valori identitari di paesaggio (Unità di Paesaggio) e di sviluppo (STS). In particolare il PTCP si caratterizza nell'elaborare un Piano delle Identità in cui, a seguito della fase di analisi, sono stati individuati degli ambiti territoriali dalle caratteristiche omogenee; in particolare il comune di Salerno si ritrova nell'ambito identitario denominato Area Metropolitana di Salerno, Valle dell'Irno, Picentini.

Le disposizioni programmatiche pertinenti la città di Salerno sono:

- riqualificare, decomprimere, valorizzare la fascia costiera;
- potenziare ed adeguare il sistema infrastrutturale per una mobilità efficiente di persone e merci

### **Il Piano Urbanistico Comunale (PUC)**

Formato ai sensi degli artt. 23 e 24 della L.R.C. 16/2004 ed adottato con delibera di C.C. n. 56 del 16/11/2006, è stato approvato con D.P.G.P. n. 147/2006, pubblicato sul BURC n. 2 del 08/01/2007, ed è diventato vigente dal 24/01/2007. Il P.U.C. disegna la Salerno del futuro. Esso tende a conferire alla città una dimensione demografica significativa, tale da consentire la presenza di attrezzature e servizi superiori e lascia ipotizzare una popolazione residente più giovane e stratificata, un'economia più dinamica, con maggiori possibilità di sviluppo e di occupazione.

### **Adeguamento del PUC al PTCP**

In data 30 marzo 2012 è intervenuta l'approvazione con emendamenti del PTCP da parte del Consiglio Provinciale. Dal punto di vista normativo sia l'art. 6 della LUN (L.1150/1942) che l'art.18 comma 6 della L.R. n° 16/2004 sanciscono l'obbligo dell'adeguamento del PUC al PTCP.

Il PUC di Salerno, ancorché approvato in epoca antecedente alla approvazione del PTCP ed alla completa

definizione del quadro normativo regolante la redazione dei PUC di cui alla L. Reg.le n°16/04, in forza dei suoi contenuti innovativi, sia metodologici che concettuali, già possedeva una impostazione di sviluppo urbano assimilabile a quella postulata dal Piano Provinciale, sostanzialmente tesa a criteri di sostenibilità ambientale e di risparmio nell'uso del suolo, assistita da metodi di intervento con sistemi perequativi e che tale circostanza, suffragata dall'esperienza connessa alla prima fase attuativa, ha reso possibile un affinamento dello strumento generale di pianificazione sempre mirato alla migliore adesione alle direttive del PTCP.

La stessa Variante al PUC, approvata in data 21.01.2013 con Delibera di Consiglio Comunale n. 2, vigente dal 05.02.2013, è già sostanzialmente adeguata al PTCP in quanto ad essa coerente per Carico Insediativo, bilanciamento complessivo degli standard, recepimento di prescrizioni puntuali soprattutto di tipo infrastrutturale e viabilistico, previsione di Carta della Rete Ecologica comunale; apparato normativo sulla perequazione urbanistica di cui il Piano Comunale è stato precursore anche rispetto alla stessa norma regionale contenuta nella L. R. n°16 del 2004.

Successivamente con Delibera G.C. n°291 del 03/10/2014 il comune di Salerno ha approvato l'Adeguamento del PUC al PTCP che, per le ragioni di cui sopra, è da intendersi quale Adeguamento conclusivo, formale e contenutistico del PUC al PTCP con l'introduzione di alcune norme soprattutto a tutela della Rete Ecologica e di rispetto dei carichi insediativi assegnati al Comune dal PTCP.

Dal punto di vista urbanistico, l'area, individuata dal PUC come "AT\_ERP5", attualmente ricade in zona omogenea C16, è destinata dallo stesso PUC ad Edilizia Residenziale Pubblica ed è compresa nel comparto edificatorio prevalentemente produttivo denominato CPS\_12. Il Comune di Salerno, nelle more del completamento della variazione allo strumento urbanistico con nuova destinazione "F1", ha approvato una ulteriore Delibera (n° 114/2018) con cui statuisce nuovi indirizzi di revisione del Piano Urbanistico Comunale.

### **1.3. Mobilità e accessibilità "Allegato 4"**

L'area proposta per l'insediamento del nuovo Ospedale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona di Salerno risulta attualmente raggiungibile attraverso la S.S.18 "delle Calabrie" che la lambisce a nord, oppure tramite una traversa della statale che, invece, la costeggia su tutto il lato ovest. Al contrario i lati est e sud sono del tutto inaccessibili a causa della presenza di barriere naturali (il fiume Fuorni) o artificiali (la linea ferroviaria).

Gli svincoli della tangenziale più vicini sfociano sulla S.S.18 e sono quello di Ospedale - S. Leonardo ad ovest, che al momento è carente dell'immissione in direzione nord, e quello di Pontecagnano-Salerno Est ad est; quest'ultimo consente, inoltre, anche il raccordo all'autostrada A2 Del Mediterraneo nel nodo di Salerno Est.

Il nuovo tracciato della Tangenziale come da previsione di PUC nel tratto fra gli svincoli di Ospedale-S. Leonardo e Zona Industriale potrebbe consentire, inoltre, la creazione di un accesso diretto dalla nuova viabilità a sud dell'ambito in oggetto colmando così la carenza di un'immissione alla Tangenziale in direzione nord.

La tratta ferroviaria Salerno Reggio Calabria lambisce l'area e il prolungamento della linea metropolitana fino a Pontecagnano, in fase di progettazione definitiva, consentirà con la costruzione della stazione N° 9 all'altezza della via Wenner garantendo un'accessibilità su ferro a meno di 300 metri nell'angolo sud-est; è ipotizzabile lo spostamento della stazione metropolitana M9 da via Wenner direttamente nell'area di intervento del Nuovo Ospedale.

La proposta progettuale dovrà tener 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, che per mezzo della tangenziale e della linea ferroviaria metropolitana. La proposta progettuale dovrà anche tener 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 urbana. 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.)

La proposta progettuale dovrà prevedere superfici destinate a parcheggio proporzionate alla dimensione dell'intervento. In sede di redazione del progetto di fattibilità tecnico economica verrà poi definita con gli uffici comunali l'esatta quantità di posteggi da prevedere, rispondenti alle effettive esigenze del comprensorio e adeguata rispetto al contesto urbano in cui il comprensorio è inserito.

I posteggi dovranno essere realizzati a raso, o in altre soluzioni sempre nel rispetto delle norme e degli importi destinati all'intervento. Dovranno essere distribuiti a servizio dell'intero complesso in considerazione delle esigenze funzionali dell'ospedale, delle caratteristiche del terreno, degli accessi e dell'ambiente urbano.

#### **1.4. Servizi generali "Allegato 18"**

Dal punto di vista della dotazione dei servizi alla persona offerti all'esterno della prevista nuova sede ospedaliera si rileva una presenza piuttosto rarefatta degli stessi anche a causa dell'adiacente A.S.I. che specializza le destinazioni verso attività produttive e commerciali, in particolare concessionarie automobilistiche.

Nessun ufficio postale è ubicato nelle immediate vicinanze mentre due sportelli bancari si trovano lungo via Wenner dove c'è anche un centro commerciale; il margine nord confina con diverse strutture scolastiche di primo e di secondo grado.

Il centro abitato più vicino è il quartiere Fuorni e si trova a mt.700 circa ad est. Le ospitalità alberghiere e quella di ristorazione più vicine si trovano a tre chilometri sulla strada litoranea dove sono ubicati in alberghi di recente costruzione.

#### **1.5. Stato degli strumenti di pianificazione locale (Vincoli) "Allegati 8 – 9 – 10"**

- Vincolo Idrogeologico (ex-Aut. Bacino Destra Sele; ora Aut. Bacino Distrettuale dell'Appennino Meridionale)

L'area ricade nelle fasce fluviali A, B1, B2 e B3 del Piano Stralcio per l'assetto Idrogeologico, e in una limitatissima porzione di area a rischio alluvione R3. Al fine dell'eliminazione di tali vincoli, con Del. G.M. n. 328 del 16/03/05 l'Amministrazione ha affidato l'incarico per la redazione del progetto definitivo ed esecutivo dei lavori di messa in sicurezza del torrente Fuorni. Fermo restando il progetto generale di messa in sicurezza a lungo termine del citato torrente Fuorni, approvato con Del. G.M. n. 174 del 13/02/07, visto l'impegno economico rilevante dell'intervento, si sta predisponendo un progetto che realizzi interventi di mitigazione del rischio idraulico a medio termine. Tale nuovo progetto, che risulta già essere dotato di copertura finanziaria, riguarderà il tratto compreso tra la Via San Leonardo (ex SS. 18) e Via Tommaso Prudenza, con l'allargamento della sezione idraulica. Attualmente è in corso di realizzazione un intervento analogo lungo il tratto compreso tra Via T. Prudenza e la foce. L'intervento in fase di progettazione è finalizzato a ridurre le aree a rischio esondazione previste dal Piano Stralcio per l'Assetto Idrogeologico dell'Autorità di Bacino Destra Sele.

- Vincolo Beni culturali ed ambientali

Nella parte orientale dell'area, la fascia latitante il fiume Fuorni della profondità di 150 m ricade nel vincolo ambientale di rispetto ex art.142 del D. Lgs. 42/04. L'area è altresì interessata dai seguenti vincoli archeologici: il primo, limitatamente all'area dell'ex Finmatica, disposto con **Decreto del Ministero per i Beni Ambientali e le Attività Culturali n. 56 del 14 agosto 2002 (allegato 19)**; l'altro, che interessa la sede stradale di via s. Leonardo, disposto con **Decreto dello stesso Ministero n. 137 del 30 agosto 2006 (allegato 20)**.

- Fasce di rispetto

L'area è interessata da fasce di rispetto ex L.R. 14/82 relative al rilevato ferroviario ed al fiume Fuorni.

- Vincolo Idrogeologico

Una parte marginale dell'area ricade nel vincolo idrogeologico di cui al R.D. 3267/23.

## **1.6. Aspetti ambientali "Allegati 11 – 12 – 13"**

Secondo la Direttiva 2011/92/EU e la direttiva 2014/52/EU e le linee guida della Commissione europea, in base alle quali "gli Ospedali rappresentano progetti di opere particolarmente complesse per l'interazione con il contesto ambientale da dover essere valutato secondo i criteri della VIA."

Ne consegue che il progetto dovrà essere sottoposto a verifica di assoggettabilità a VIA secondo quanto indicato negli "indirizzi operativi e procedurali per lo svolgimento della valutazione di impatto ambientale in Regione Campania" D.G.R. N. 680/2017. La verifica di assoggettabilità a VIA è la procedura finalizzata a valutare se un progetto può determinare impatti negativi significativi sull'ambiente.

## **1.7. Inquadramento geologico, geografico e cartografico "Allegati 14 - 21"**

Al concorrente verranno forniti tutti gli elaborati in possesso dell'Amministrazione Comunale e regionale al fine della massima comprensione dell'area. Faranno parte degli allegati alla procedura di gara:

Stralcio aerofotogrammetrico del sito (scala 1: 1.000) in Dwg;

Stralcio catastale (scala 1: 1.000);

Ortofoto;

Stralcio delle seguenti cartografie consultabili sul sito del Comune di Salerno all'indirizzo:

<http://www.comune.salerno.it/client/scheda.aspx?scheda=5112&stile=2&ti=3>

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola P1 - Sistema della Mobilità - 1/15.000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola P1.11 - Sistema della Mobilità - 1/4000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola P1.12 - Sistema della Mobilità - 1/4000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola P2 - Zonizzazione - 1/15.000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola P2.11 - Zonizzazione - 1/4000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola P2.12 - Zonizzazione - 1/4000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola P3.11 - Categorie d'intervento - 1/4000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola P3.12 - Categorie d'intervento - 1/4000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola V1.11 - Fasce di Rispetto - 1/4000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola V1.12 - Fasce di Rispetto - 1/4000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola V2.11 - Beni Culturale e Amb. - 1/4000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola V2.12 - Beni Culturale e Amb. - 1/4000;

PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola 1 - Perimetrazione delle Zone Acustiche

Carta delle fasce fluviali – Autorità di bacino destra Sele – Piano stralcio - 1/5000;

Carta del rischio frane e potenziale – Autorità di bacino destra Sele – Piano stralcio - 1/5000;

Carta del rischio Idraulico – Autorità di bacino destra Sele – Piano stralcio - 1/5000;

Carta geologica – Comune di Salerno – 1/5000;

Carta idrogeologica – Comune di Salerno – 1/5000;

Carta Microzonazione Sismica – Comune di Salerno – 1/5000;

Fascicoli di Indagini: Geognostiche, Geofisiche, Geoelettrica, Tomografiche, realizzate dalla società I.G.E.M. per il Comune di Salerno;

Relazione Fonometrica, realizzata dalla società Progetto Ambiente s.a.s. per il Comune di Salerno;

Copia dei Decreti di Vincolo e delimitazione delle aree;

Va precisato che negli elaborati del PUC - Variante Parziale 2013, così come nei fascicoli delle indagini, l'area oggetto dell'intervento presenta una lottizzazione e una previsione di viabilità relativi alla funzione edilizia a cui era stata destinata. La proposta progettuale dei concorrenti, nel rispetto di tutti i vincoli, le caratteristiche ambientali, le risultanze delle indagini e le indicazioni urbanistiche, potrà proporre, in completa autonomia, le

proprie soluzioni alternative.

### **1.8. Assetto idrogeologico "Allegato 15 – 16 – 17"**

Premesso che:

- i competenti Uffici del Settore Urbanistica e OO. e LL.PP. del Comune di Salerno avevano già approntato la progettazione del PUA (avente valore di PEEP di iniziativa pubblica) in conformità del vigente PUC per l'Area di Trasformazione AT\_ERP5 in località San Leonardo;
- per il predetto Piano venivano richiesti e rilasciati i prescritti pareri di legge dagli Enti preposti con la sola eccezione del parere di competenza dell'Autorità di Bacino Destra Sele in considerazione che la gran parte dell'area d'intervento risultava gravata da vincoli idrogeologici per effetto dell'adiacente fiume Fuorni.
- Nel frattempo interveniva una variante al Piano Stralcio per l'Assetto Idrogeologico, adottata con Del. C.I. n° 23 del 1.07.2010, che anche in relazione agli interventi di messa in sicurezza del fiume Fuorni riduceva notevolmente i vincoli idrogeologici gravanti sulle aree.
- Per effetto dell'intervenuta variante, l'originario intervento di Edilizia (PEEP) è stato ridimensionato e limitato solo alla parte di territorio i cui vincoli idrogeologici non costituiscono ostacolo alla sua approvazione, né sono state incluse nella progettazione le aree tuttora caratterizzate come "fascia fluviale B1" nelle more del conseguimento della loro ripermetrazione per effetto della messa in sicurezza del corso d'acqua.

Allo stato attuale, a seguito di una serie di interventi di sistemazione idraulica e a seguito della valutazione degli effetti indotti, il Comune di Salerno ha proposto all'Autorità di Distretto Idrografico Appennino Meridionale una nuova ripermetrazione delle aree latitanti il Torrente Fuorni. L'Autorità competente ha preso atto delle motivazioni e delle risultanze degli interventi che sono state condotti nell'osservanza delle Norme di Attuazione del Piano Stralcio per l'Assetto Idrogeologico, ha dato parere favorevole alla nuova ripermetrazione come proposta nella tavola 9 che si allega al presente documento.

**PARTE 2. - L' Azienda Ospedaliera Universitaria  
OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona**

## 2. L'Azienda Ospedaliera Universitaria

### 2.1. Il contesto

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha come obiettivo lo svolgimento unitario e coordinato delle attività di assistenza, didattica e ricerca. Le funzioni e le attività dell'Azienda sono svolte dal personale ospedaliero e da quello universitario, secondo l'organizzazione definita nell'atto aziendale.

L'Azienda persegue l'individuazione di profili di offerta organizzati per intensità di cura e per vocazione di ciascuna sede ospedaliera e la definizione del modello a rete dell'assistenza in un'ottica di razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni, che punta ad eliminare le duplicazioni e la frammentazione, ottimizzare la logistica e l'offerta strumentale secondo criteri di economia di scala, ridurre la variabilità dei comportamenti clinici e prescrittivi secondo criteri di economia di know how e garantendo nel contempo la qualità e l'equità di accesso.

Per offrire la migliore assistenza secondo principi di efficienza e di governo clinico, l'Azienda persegue l'articolazione secondo l'intensità di cura, prevedendo la definizione di 3 differenti aree di attività:

- Alta intensità - terapia intensiva, sub - intensiva, sale operatorie / interventistiche;
- Media Intensità - degenza ordinaria;
- Bassa Intensità - Degenza DH, Day Surgery, riabilitazione estensiva, lungodegenza, ambulatorio tradizionale e Day Service

Il principio ispiratore dell'organizzazione della assistenza viene rintracciato, dunque, nella similarità dei bisogni e nell'intensità di cure richieste piuttosto che nella contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica. Le aree sono fortemente interconnesse tra loro: i pazienti possono transitare dall'una all'altra e le unità funzionali operanti all'interno dei dipartimenti seguono i pazienti, garantendo la continuità assistenziale e la presa in carico.

Il San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno gestisce la casistica di medio-alta complessità e intensità assistenziale, cui sono destinati interventi a maggior grado di sofisticazione e coordinamento e a maggior contenuto tecnologico.

Il Nuovo Ospedale, nelle sue componenti strutturali, organizzative e funzionale, deve rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento prevedendo aree di integrazione e di continuità con l'assistenza fornita dalla ASL di Salerno.

### 2.2. Il territorio e la popolazione

#### Trasformazioni socio-demografiche

Gli ultimi decenni hanno messo in evidenza fenomeni di forte rilevanza per il nostro Paese, come la diminuzione della fecondità, l'innalzamento della vita media e il tendenziale invecchiamento della popolazione, le variazioni dei fenomeni migratori. Per il dimensionamento e la programmazione dei servizi sanitari è fondamentale l'analisi della struttura demografica della popolazione e la sua evoluzione nel tempo.

Infatti, solo conoscendo i bisogni di una popolazione, è possibile adattare l'offerta sanitaria dei servizi, erogati sia dalla rete territoriale che ospedaliera, alla domanda di assistenza che ne deriva.

Gli indicatori demografici confermano come nel nostro Paese il processo di invecchiamento della popolazione sia piuttosto avanzato e le sue conseguenze si vadano accentuando nel tempo. La quota dei giovani sul totale della popolazione è, difatti, molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente. Per quanto riguarda il rapporto tra generi si evidenzia come, nelle età più avanzate, questo sia fortemente sbilanciato a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata.

Entrando nel dettaglio dei singoli indicatori, si osserva che l'Indice di Vecchiaia ben evidenzia quanto la struttura per età della popolazione residente sia sbilanciata verso le classi di età più elevate. Importanti sono



anche i dati dell'Indice di Dipendenza: a livello nazionale ogni 100 persone in età attiva (15-64 anni) ve ne sono 53,5 che, per motivi di età, sono potenzialmente da loro "dipendenti".

Interessante è l'indicatore sugli ultracentenari: i dati evidenziano che l'ammontare della popolazione di 100 anni ed oltre è cresciuto in modo consistente nell'ultimo decennio (2002-2011).

In particolare, gli ultracentenari sono più che raddoppiati nel periodo di riferimento, passando da poco più di 6.100 unità nel 2002 ad oltre le 13.500 nel 2011. Si noti, poi, come anche per questa fascia di età la componente femminile sia maggiormente rappresentata: nel 2011, infatti, le donne rappresentano l'82,8% del totale degli ultracentenari.

I comportamenti demografici nazionali, soprattutto quelli accumulati in passato ma anche quelli più recenti, determinano conseguenze sul processo d'invecchiamento della popolazione.

L'Italia è tra i Paesi al mondo in cui il tasso d'invecchiamento della popolazione è stato più intenso e veloce. Zoomando sulla geografia demografica interna, le regioni che detengono, ormai da tempo, il primato di regione più vecchia e più giovane d'Italia sono, rispettivamente, la Liguria e la Campania, che in ragione di tale diversità demografica dovrebbero presentare una diversa offerta di servizi, con conseguente diversa ripartizione delle spese in fase di programmazione.

Tuttavia, per comprendere, al di là della "struttura", quella che è la "dinamica" demografica, altri fattori vanno considerati per uno studio puntuale e realistico di programmazione dei servizi: tra questi, la migrazione di capitale umano dal Mezzogiorno al Centro-nord che, reiterando un processo demografico oramai storicizzato nel nostro Paese comporta un tasso migratorio interno netto positivo quasi ovunque nel Centro-nord.

In Campania si registra la più alta propensione alla migrazione verso il Nord, soprattutto di giovani. Tale fenomeno produce conseguenze non solo sotto l'aspetto quantitativo, diminuendo la popolazione dell'uno a vantaggio di quella dell'altro, ma anche sotto l'aspetto qualitativo, per la progressiva sottrazione di capitale umano in piena età di lavoro e riproduttiva (e con minori bisogni assistenziali).

Nell'ambito di queste linee evolutive, in Campania, per quanto più bassi della media nazionale, l'indice di dipendenza strutturale, l'indice di dipendenza anziani e l'indice di vecchiaia mostrano un trend in crescita negli ultimi anni. Sempre focalizzando l'attenzione sulla geografia demografica regionale, la distribuzione della popolazione per età è fortemente differenziata, come si evince dall'indice di vecchiaia (102,7) che è più basso per Napoli (89,1) e Caserta (91,1), ma che raddoppia quasi per Benevento (154,1) attestandosi su valori significativamente più alti per Avellino (145,0) e Salerno (126,3).

**Tabella 2 Composizione per fasce di età e genere della popolazione ASL Salerno residente al 1° Gennaio 2013**

Età	Maschi	Femmine	Totale
< 1 anno	4.947	4.614	9.561
1 - 4 anni	25.143	23.847	48.990
5 - 14 anni	55.956	52.800	108.756
15-25 anni	66.179	63.296	129.475
25 - 44 anni	150.959	151.199	302.158
45 - 64 anni	145.552	153.895	299.447
65 - 74 anni	47.423	52.917	100.340
≥ 75 anni	41.019	63.268	104.287

In termini relativi, Salerno è, dunque, terza nell'ordine delle province per quanto riguarda la popolazione anziana. L'età media è di circa 42 anni, ma supera i 50 in almeno 10 comuni. Tuttavia, se si considera che, con i suoi 1.109.705 (539.219 maschi e 570.486 femmine), è la seconda provincia più popolosa della regione (19% della popolazione campana), in termini assoluti il suo carico di popolazione con più di 65 anni supera le 200.000 unità, contro le 145.000 unità di Avellino e Benevento messe insieme.



Risulta, poi, sempre più importante distinguere tra "giovani" e "grandi" anziani (gli over 80 anni). Dopo tale età, infatti, la gran parte delle persone comincia a presentare rilevanti limiti all'autonomia e si trova essa stessa ad aver bisogno stabilmente di assistenza. Per le dinamiche demografiche in corso, non è in aumento solo la popolazione anziana, ma ancor più lo è la componente dei "grandi anziani".

In particolare per Salerno, quasi il 30% della popolazione anziana ha più di 80 anni e ciò è estremamente significativo visto che i grandi anziani sono i maggiori consumatori di prestazioni sanitarie (in particolare negli ultimi mesi/anni di vita) come conseguenza di fattori quali comorbidità, cronicità e disabilità e di giornate di ricovero necessarie.

#### Popolazione straniera

Il fenomeno immigratorio, oltre che sulla composizione per età della popolazione (a migrare sono soprattutto giovani adulti), va trattato come variabile indipendente nella programmazione sanitaria, imponendo di ripensare l'offerta dei servizi in termini globali. L'ISTAT mette in risalto talune specificità della popolazione straniera sia rispetto alle condizioni di salute, che ai fattori di rischio, al ricorso alle cure e all'accessibilità dei servizi.

Più del 22% degli stranieri in Campania si concentra nella provincia di Salerno, dove la proporzione di donne – maggiori utilizzatrici dei servizi sanitari tra gli stranieri – sale a quasi il 56%. Il tasso di crescita della popolazione straniera a Salerno è del 105% (con punte che superano il 600% in alcuni comuni). La percentuale media di stranieri sul totale della popolazione nell'intera provincia è del 3,1%, ma raggiunge quasi il 10% in alcuni comuni.

#### Natalità, Fecondità e indice di sostituzione

Sul versante del ricambio generazionale si segnala una diminuzione delle nascite. Il calo della fecondità interessa anche le immigrate. Il tasso di natalità a Salerno è del 9%, vicino a quello nazionale e inferiore a quello campano.

### **2.3. Scenario epidemiologico e bisogno di servizi sanitari: l'Italia, la Campania e la provincia di Salerno**

#### Aspettativa di vita

L'allungamento della sopravvivenza alle varie fasi della vita dimostra che l'Italia si ritrova in una posizione di relativo vantaggio tra i Paesi avanzati. Le stime indicano che uomini e donne possono contare, rispettivamente, su un'aspettativa di vita di 79,8 e 84,6 anni. I livelli di sopravvivenza sin qui conquistati rappresentano solo l'ultima tappa di un lungo percorso che ha avuto origine per il Paese oltre un secolo fa: da allora la speranza di vita alla nascita è più che raddoppiata. Nell'ultimo decennio uomini e donne (più i primi che le seconde) hanno conseguito ulteriori vantaggi di sopravvivenza: rispettivamente 1,9 anni e 1 anno di vita media in più.

Gran parte del guadagno di sopravvivenza ottenuto negli ultimi dieci anni è dovuto alla riduzione della mortalità nelle età senili. La speranza di vita a 65 anni è giunta a 18,5 anni per gli uomini e a 22 anni per le donne. Le donne mantengono un significativo surplus di sopravvivenza.

La riduzione dei differenziali di genere è quasi tutta da attribuire alla peggiore dinamica della mortalità delle donne rispetto agli uomini tra 0 e 74 anni (+124 gg vs +276 gg). Le cause che spiegano maggiormente questa evoluzione sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori maligni per i quali si osserva, complessivamente, una riduzione minore della mortalità delle donne rispetto agli uomini.

L'impatto delle cause di morte sull'evoluzione della speranza di vita viene analizzato separatamente per due fasce di età: 0-84 anni e 85 anni ed oltre. In particolare, nella classe 0-84 anni si osserva in tutte le regioni un aumento della sopravvivenza dovuto alla riduzione della mortalità delle malattie del sistema circolatorio sia per gli uomini sia per le donne; negli uomini è sempre positivo anche il contributo dei tumori, mentre per le donne è quasi sempre negativo il contributo della mortalità dei disturbi psichici e comportamentali. Negli ultra 85enni i differenziali di genere e la variabilità territoriale dei contributi della mortalità all'incremento della speranza di

vita sono effetto di una differenziazione per causa molto accentuata sul territorio. L'unico elemento di omogeneità geografica e di genere nelle fasce più anziane di popolazione è il contributo negativo dei disturbi psichici e comportamentali all'aumento della sopravvivenza: si registra una crescita generalizzata della mortalità per queste cause in tutte le regioni e un conseguente effetto negativo sulla vita media.

Anche la Campania, storicamente meno favorita, consegue guadagni prossimi a quelli medi nazionali e non vede allontanare la sua condizione relativa da quella delle regioni con sopravvivenza più alta. Tuttavia, la speranza di vita alla nascita in Campania continua ad essere la più bassa in Italia (77.982 e 82.848 rispettivamente per maschi e femmine vs 79.565 e 84.409, dati 2012). Nella provincia di Salerno, la speranza di vita alla nascita si approssima ai livelli medi nazionali (79.107 e 83.870), superando significativamente quella regionale.

## **2.4. La struttura aziendale**

L'assetto organizzativo aziendale ha tra i suoi principali elementi che lo compongono:

- la struttura organizzativa di base;
- i sistemi/meccanismi operativi (sistema di programmazione e controllo, di valutazione delle prestazioni, ecc.);
- la distribuzione del potere organizzativo;
- i comportamenti manageriali.

Il modello organizzativo a cui l'Azienda fa riferimento è il modello dipartimentale. Il Dipartimento rappresenta la struttura aziendale deputata al conseguimento di elevati livelli di appropriatezza nell'erogazione delle attività assistenziali, all'efficacia dell'azione amministrativa, tecnica e logistica, nonché al conseguimento di sinergie ed efficienze attuabili mediante azioni di interscambio e condivisione di risorse.

Per tale scopo, a livello dipartimentale vengono collocate competenze e risorse atte a garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- programmazione, coordinamento e verifica delle attività dipartimentali, sia di gestione ordinaria che relative a progetti di innovazione e ad analisi di azioni finalizzate all'ottimizzazione degli acquisti e dei consumi;
- razionalizzazione, standardizzazione e sviluppo di processi amministrativi, tecnici e logistici, linee guida, protocolli e regolamentazione dipartimentale di competenza; coordinamento del budget dipartimentale;
- miglioramento ed integrazione delle attività formative e di aggiornamento.
- L'organizzazione dei servizi sanitari su base dipartimentale persegue i seguenti obiettivi:
- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale, dei processi di coordinamento e di controllo della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al
- singolo dipartimento, del rapporto tra Direzione generale e direzione delle singole strutture;
- la promozione del mantenimento e dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali, favorendone l'integrazione dell'attività di formazione/aggiornamento e ricerca; la gestione globale del caso clinico e degli aspetti sociosanitari a questo correlati, mediante la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici-terapeutici ed assistenziali (PDTA) e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

Al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca, l'Azienda Ospedaliera Universitaria adotta, come modello ordinario di gestione operativa delle attività assistenziali (art. 3, comma 1, D. Lgs. n. 517/99), il Dipartimento Assistenziale Integrato (DAI).

Le articolazioni organizzative operanti all'interno dei singoli DAI si distinguono in:

- Unità operative complesse;
- Unità operative semplici, articolazione di Unità operativa complessa;
- Unità operative semplici dipartimentali.

Si prevede nell'ambito del DAI, l'identificazione di Posti Letto a valenza dipartimentale sotto la responsabilità clinico scientifica del Direttore del DAI in accordo con la programmazione sanitaria regionale e nazionale, distinti per disciplina in riferimento ai volumi di attività da svolgere (soglie operative minime) necessari per garantire la qualificazione e l'economicità della struttura.

La dotazione di posti letto e le molteplici attività ambulatoriali, unitamente allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi dell'assistenza (ad esempio, il Day Service), possono essere resi funzionali alla "integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale" di cui all'art. 5 comma 4 del D.Lgs. n.517\_99 (Programmi Infra e Interdipartimentali).

I Dipartimenti ad Attività Integrata sono i luoghi dell'integrazione e dialogo professionale e di definizione delle politiche per la ricerca, la didattica e l'assistenza.

#### I Dipartimenti assistenziali integrati

L'organizzazione delle attività assistenziali, integrate con quelle didattiche e di ricerca, in forma dipartimentale, ha lo scopo di:

- favorire una formazione di alta qualità ed un livello di ricerca biomedica e sanitaria che consenta il miglioramento della qualità assistenziale;
- fornire al cittadino percorsi assistenziali di alta qualità ed innovativi per la gestione dei profili diagnostici, terapeutici e riabilitativi integrati all'interno della rete sanitaria regionale;
- garantire il più alto livello possibile di appropriatezza delle cure, attraverso l'applicazione di linee guida tecnico-professionali;
- assicurare coerenza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
- consentire la partecipazione delle strutture organizzative aziendali alle procedure di governo clinico e di governo budgetario applicate nell'Azienda integrata, sulla base della normativa regionale vigente;
- assicurare l'utilizzo integrato ed efficiente delle risorse disponibili.
- I Dipartimenti ad attività integrata (DAI) sono costituiti da unità operative complesse, semplici a valenza dipartimentale e semplici, con l'indicazione di quelle a direzione universitaria e di quelle a direzione ospedaliera.

Gli attuali Dipartimenti assistenziali ad attività integrata nei quali l'Azienda si articola sono:

- DAI Area Critica
- DAI della Riabilitazione e del Post Acuzie
- DAI Cardio Toraco Vascolare
- DAI delle Chirurgie Generali, Specialistiche e dei Trapianti
- DAI Testa - Collo
- DAI delle Scienze Mediche
- DAI di Igiene Sanitaria e Medicina Valutativa
- DAI Diagnostica per Immagini
- DAI Materno - Infantile
- DAI Oncoematologico

## **2.5. I posti letto ospedalieri: implementazione delle reti assistenziali**

Nella città di Salerno, insiste l'ospedale di riferimento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ruggi d'Aragona, costituita dai presidi ospedalieri funzionalmente accorpati di: - "S. Leonardo" di Salerno; - "Fucito" di Mercato S. Severino; - "Da Procida" di Salerno; - "Santa Maria Incoronata dell'Olmo" di Cava dei Tirreni e - "Italia Giordano" di Castiglione di Ravello.

Il Decreto Commissariale n. 8/2018 – Piano Ospedaliero regionale 2016-2018 – configura l'A.O.U. Ruggi d'Aragona quale DEA di II° livello (con annessi stabilimenti di Ravello, Da Procida, Mercato S. Severino e Cava dei Tirreni) al servizio dell'intera provincia. Il DEA funge da:

- Hub rete dell'emergenza-urgenza, reti IMA e Stroke unit comprese;
- Hub II° livello nella rete Ictus,
- Hub di II° livello nella rete cardiologica,
- Centrale operativa CTS in quella traumatologica,
- Spoke II nella rete emergenze pediatriche,
- Spoke II livello per la terapia del dolore,
- Hub rete per le emergenze digestive.
- Rete dell'emergenza urgenza per le attività di cardiocirurgia e chirurgia vascolare
- Centro Regionale per le Emergenze Neuropsichiatriche Infantili:
- Punto nascita
- Centro Trasporto Neonatale STEN
- Hub Rete oncologica
- Rete malattie rare
- Rete trapianti del rene
- Sanità penitenziaria

Il decreto commissariale della regione Campania n. 8 del 01/20/2018 - Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – configura l'Ospedale Ruggi di Salerno con un numero totale di 716 posti letto per acuti così come indicato nelle tabelle esplicative del Piano.

## 2.6. I ricoveri e Volumi di attività

Nella tabella seguente sono riportati, in maniera aggregata, i volumi di attività articolati per singolo dipartimento, il peso medio totale dei ricoveri e il relativo valore economico riferito sempre ad ogni dipartimento relativi all'anno 2017.

Dipartimenti	Ncasi	RimborsoParziale	PESOMedio
CardioToracoVascolare	3.490	€ 28.302.505,20	1,9727
AreaCritica	3.938	€ 18.571.776,60	1,4769
MaternoInfantile	8.303	€ 16.534.314,00	0,8510
ScienzeMediche	5.603	€ 14.051.728,00	1,0979
TestaCollo	6.632	€ 12.912.038,00	1,3277
Oncoematologico	2.313	€ 9.804.423,00	1,2570
ChirurgieGeneraliSpecialisticheTrapianti	2.935	€ 7.351.493,20	1,1662
RiabilitazioneEPostAcuzie	606	€ 2.447.480,00	1,2079
NonAssociata	498	€ 1.511.709,00	1,2586
AltreAziendeSPDC	394	€ 616.156,00	0,6967
<b>Totale complessivo</b>	<b>34.712</b>	<b>€ 112.103.623,00</b>	<b>1,2531</b>

In allegato sono riportati i ricoveri, per l'anno 2017 per singolo dipartimento e unità operativa.

Nella successiva tabella sono riportate i volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate ai cittadini utenti nell'anno 2017 presso l'Ospedale Ruggi.

28

Anno 2017	
Branche	Prestazioni
Anestesia	139
Iperbarica	4.476
Cardiologia	18.316
Ortopedia	14.774
Chirurgia	4.776
Chirurgia pediatrica	1.154
Maxillo facciale	456
Chirurgia plastica	931
Chirurgia vascolare	1.954
Ematologia	14.113
Emodinamica	336
Endocrinologia	3.876
Endoscopia digestiva	4.949
Genetica molecolare	822
Immunotrasfusionale	40.172
Istologia e anatomia patologica	8.178
Ginecologia	3.892
Pneumologia	5.054
Malattie infettive	834
Medicina interna/reumatologia	4.121
Medicina nucleare	1.291
Nefrologia	2.182
Pediatria	641
Neurochirurgia	858
Neurologia	8.856
Neuropsichiatria infantile	1.015
Neuroradiologia	292
Oculistica	7.310
Odontostomatologia	1.332
Oncologia	8.090
ORL	5.086
Patologia clinica	55.560
Radiologia	9.556
Radioterapia	2.161
Riabilitazione/fisiatria	785
Psichiatria	1.466
Urologia	1.413
	<b>241.217</b>

## 2.7. I volumi di attività dei servizi

Nella tabella sotto riportata è illustrata l'attività dei principali Servizi di diagnosi e cura dell'Ospedali Ruggi di Salerno. Si è utilizzato, quale proxy, per definire i volumi di attività il numero di referti registrati.

Erogatore	N° Referti Anno 2017
Laboratorio Ruggi 01	374.212
Erogatore	N° Referti Anno 2017
Servizio Immunotrasfusionale Ruggi	80.770

Erogatore	N° Referti Anno 2017
Anatomia Patologica Ruggi 01	8.495
Erogatore	N° Referti Anno 2017
Radiologia	48.797

## 2.8. La mobilità

Anche lo studio della mobilità sanitaria pone importanti riflessioni nella riprogrammazione dei servizi di cura, in quanto esprime la quota di bisogni sanitari non esaudita nel territorio di residenza del cittadino. Si tratta di un indicatore multidimensionale in grado di raccontare non già la incapacità delle strutture sanitarie di garantire gli esiti dell'assistenza, quanto una congerie di fattori che possono influenzare l'accessibilità e la fiducia dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari; tra questi, le liste d'attesa, i difetti di "immagine" o le carenze (reali o presunte) che i cittadini o i loro "agenti" (medici curanti) rilevano nella qualità delle specifiche prestazioni erogate nel territorio di residenza. In particolare, molto spesso merita una riflessione specifica la necessità di una "politica di accoglienza e di indirizzo" dei pazienti, del coinvolgimento dei servizi primari e intermedi nelle politiche aziendali, della revisione della dotazione di alcune tecnologie e degli aspetti cosiddetti periferici che rappresentano "l'efficacia percepita" delle prestazioni erogate.

La mobilità sanitaria muove complessivamente oltre 3.500 milioni di euro (più del 3% del fondo sanitario nazionale); per alcune regioni questa attività rappresenta una quota importante (parecchie centinaia di milioni di euro) del proprio volume di attività; per alcuni territori il saldo di mobilità è molto attivo (Lombardia, Emilia, Toscana, Lazio, Veneto) e per altri è del tutto passivo (Campania, Calabria, Sicilia, Puglia); le quote di mobilità di confine sono molto rilevanti e molto differenziate.

Questa mobilità di confine non è solo rilevante in termini di volumi complessivi di prestazioni, ma si caratterizza anche perché interessa pure attività sanitarie minori: non solo ricoveri di minore complessità e di minore peso assistenziale, ma anche altre attività sanitarie quali le prestazioni specialistiche e le prescrizioni farmaceutiche, che di per sé non troverebbero sufficiente giustificazione in una mobilità di lunga distanza.

I ricoveri per cittadini provenienti da altre regioni (mobilità in entrata) nelle strutture ospedaliere campane hanno riguardato 26.052 casi nel 2012 per un valore economico di 57.638.854,87; si tratta eminentemente di una mobilità di confine (Lazio, Basilicata e Calabria). Al contrario, la migrazione di cittadini campani verso altre province e regioni, anche distanti, è fenomeno ben più significativo; non fa eccezione la provincia di Salerno, con poco meno di 60.000 ricoveri eseguiti fuori da Salerno (35.000 fuori provincia e 23.000 fuori regione ogni anno). A questa mobilità corrisponde un valore di rimborso annuo per strutture extraprovinciali ed extraregionali di oltre 170 mln di euro.

Dei quasi 35.000 casi in "fuga" dal territorio provinciale verso altri istituti di ricovero regionali, sicuramente spiccano per numerosità situazioni cliniche per le quali appaiono sufficientemente espresse sia l'estensione che la competenza dell'offerta provinciale (chirurgia oculistica, chemioterapia ecc.). I primi DRG che caratterizzano la mobilità passiva sono rappresentati da Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta; Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia; Neonato normale; Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC; Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata; Parto cesareo senza CC; Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne; Malattie endocrine senza CC; Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia; Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione.

Si tratta di casi che potrebbero trovare risposta nelle strutture aziendali e della stessa provincia (senza, dunque, costringere il paziente e la famiglia a spostarsi), a patto che si intervenga sul miglioramento delle dinamiche di accesso.

## 2.9. Indicazioni per la Progettazione della nuova AUO

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

Tutto ciò potrà avvenire specificatamente negli spazi e nelle aree funzionali omogenee individuate ovvero in specifici moduli con identificazione, quindi, di spazi (aule, studi medici, studi per specializzandi, per le esercitazioni di gruppo, lo studio di casi clinici, valutazioni e approfondimenti) che garantiscono l'integrazione fra le componenti ospedaliere, clinica, biologica e didattica.

Il poliambulatorio per le attività dipartimentali sarà organizzato per aree funzionali omogenee con punti d'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 e universitari. 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 plurispecialistico, 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 venir monitorato per i parametri di base. Anche l'attività ambulatoriale sarà in sede propria ma confinante con l'area ambulatoriale da prevedersi in progetto onde consentire, in rapporto alle necessità, alcune permeabilità tra i due servizi.

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 punto zero 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 multi professionalità;
- 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 e con quelli della ASL provinciale;
- 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 come l'umaca) 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.

## 2.10. L'Università

Le principali funzioni e i relativi fabbisogni riguardanti i corsi di laurea del Dipartimento di Medicina Chirurgia e Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana" dell'Ateneo Salernitano sono le seguenti:

Corsi attivi e numero di studenti iscritti:

- cds Medicina e Chirurgia n. studenti iscritti 1554
- cds Odontoiatria e Protesi Dentaria n. studenti iscritti 33
- cds Infermieristica n. studenti iscritti 491
- cds Ostetricia n. studenti iscritti 124
- cds Fisioterapia n. studenti iscritti 127
- cds Tecniche di Radiologia medica per immagini e radioterapia n. studenti iscritti 23



**PARTE 3. - Il Nuovo Ospedale dell'Azienda Ospedaliera  
Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona  
di Salerno.**

### 3. Obiettivi generali, esigenze e bisogni da soddisfare

#### 3.1. Obiettivi generali

Il Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona di Salerno 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 confort, 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.

Perché un ospedale 4.0?

Al di là degli aspetti squisitamente tecnologici progettare un ospedale 4.0 è una sfida davvero 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 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 dei cittadini 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 urbano 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.

L'ospedale dovrà favorire l'impulso all'approfondimento intellettuale e clinico-scientifico. È quindi sarà il luogo nel quale deve essere favorito lo sviluppo della ricerca, in particolare clinica ed epidemiologica, attraverso un'attività continua, integrata e in collegamento anche con le altre strutture esterne attraverso idonei sistemi informativi.

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

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 nella comunicazione 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 con grande cura 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 comprensorio è un aspetto fondamentale nella progettazione di un ospedale universitario; la prima macro distinzione deve essere effettuata sulla base dei seguenti flussi:

- accesso alle funzioni/attività di pronto soccorso / emergenza;
- accesso alle strutture universitarie di studio e ricerca;
- accesso degli utenti, con la necessità di distinzioni 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, il percorso dei rifiuti, del pulito, dei pasti e alla gestione del materiale sterile.

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;
- 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.
- accesso alla Morgue

Il layout del nuovo complesso ospedaliero dovrà garantire la chiarezza e la facile individuazione dei percorsi dedicati al personale sanitario, universitario e ai cittadini, al fine di non generare confusione e perdite di tempo.

Il principio di flessibilità, di valenza ormai nota e acquisita unitamente all'espandibilità, condiziona l'opera architettonica incidendo su:

- individuazione dei flussi di collegamento vincolati;
- individuazione del modulo strutturale e architettonico più appropriato;
- individuazione dei materiali e delle tecniche costruttive adeguate e ottimali;
- individuazione dell'architettura degli impianti tecnici adeguata e ottimale.

Tali aspetti, puramente esemplificativi e di indirizzo generale, devono essere contestualizzati e calati nelle scelte progettuali, in considerazione delle effettive aspettative di vita della struttura e delle sue componenti e in considerazione dell'inevitabile indeterminatezza legata all'evolversi delle normative e delle disposizioni legislative, delle tecnologie e delle tecniche e modalità di 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 lay-out delle stanze di degenza (e in generale dei locali ove è necessario l'accesso dei letti) dovrà essere curato l'aspetto di movimentazione dei pazienti, anche valutando la possibilità di inserire sistemi di sollevamento a soffitto per aree specifiche, a titolo esemplificativo ove vengano svolte attività di tipo riabilitativo.

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, alla ricerca e alla degenza, dovranno rispondere a caratteristiche di efficienza, gestione paperless e di digitalizzazione dell'ambiente ospedaliero integrando dispositivi medici e sistemi informativi, allo scopo di promuovere l'assistenza al paziente e le pratiche cliniche, oltre che l'ottimizzazione delle risorse.

Particolare attenzione dovrà essere data alle proposte progettuali per stanze di degenza, comprendendo sistemi digitali di interactive patient care, inteso come restituzione del controllo di alcune funzioni e attività al paziente, nel corso della sua permanenza in ospedale, all'interno della stanza di degenza, nell'ottica di:

- aumentare l'autonomia e il confort del paziente;
- migliorare la gestione delle esigenze e delle necessità del paziente da parte degli operatori;
- integrare le funzioni assistenziali (chiamata infermieri, registrazione parametri e condivisione dati clinici, sistemi per la telesorveglianza, pur con le garanzie di privacy e sicurezza previste per legge) con le necessità pratiche e logistiche (pulizia della stanza, prenotazione pasti, etc.) e con l'intrattenimento e le comunicazioni (tv, telefono, etc.).

### **3.2. Modello funzionale ed organizzativo**

Uno dei più forti 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, ricerca e formazione nell'area scientifica di riferimento 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 Operative 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 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 accolgano 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 d'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 d'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".

## 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.

## SALUTE MENTALE

La presa in carico di pazienti afferenti all'area della salute mentale risulta particolarmente delicata: la risposta ai bisogni delle persone con disturbo mentale impone l'offerta di servizi e trattamenti di promozione della salute, di cura e di riabilitazione. Le pratiche, i programmi e le azioni anche all'interno di un ricovero ospedaliero devono tenere conto della storia di ciascuno, personalizzando gli interventi e valorizzando l'unicità delle esperienze. Nel nuovo Ospedale i luoghi e gli arredi dove le persone con disturbo mentale verranno curate, contribuisce a migliorare le forme dell'accoglienza e le condizioni di lavoro di tutti gli operatori. Le degenze saranno, con stanza ad un letto e bagno interno, e dovranno idealmente essere collocate al piano terra o comunque avere uno spazio aperto con accesso dedicato e riservato.

## 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 semiintensive 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, mentre i pazienti ed il personale entreranno da ingresso principale, attraverso il quale si accede anche ad altre strutture essenziali per la cura dei pazienti gravi, come il laboratorio o la radiologia d'urgenza.

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 ricordino 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.

## 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 nella 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 ATTIVITA' 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 familiari 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 all'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.

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 tecnologica consentirà l'utilizzo delle tecnologie più innovative per le attività chirurgiche. Lo schema organizzativo proposto può essere modificato e rimodulato sulla base 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.

## 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 E SANITARIA

Le aree direzionali, ovvero la Direzione medica e 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.

## AREA SERVIZI OPERATIVI

Il nuovo ospedale deve 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;
- Servizio di dialisi, dotato di letti tecnici, due dei quali con filtro di accesso per pazienti contumaci. 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 presenti gli 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 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 Lava-nolo (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 e 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, Ristorazione visitatori Bar – caffetteria
- Possibili servizi commerciali: Sportello bancario, Edicola e libreria, Servizi commerciali o di utilità sociale gestiti da terzi: es. Parrucchiere ecc.

### 3.3. Caratteristiche e requisiti dell'opera

Il progetto del Nuovo Ospedale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona di Salerno 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 Presidio Ospedaliero Universitario 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 e il wayfinding, e quindi alla relazione dell'individuo con l'ambiente che lo circonda, una particolare attenzione a queste due 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 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)

Si riportano di seguito indicazioni, prescrizioni o spunti da considerare nella progettazione per la quale si potrà fare riferimento al Modello di Ospedale Veronesi-Piano del 2001 ( D.M. del 2000) e all'estratto dalla Ricerca dell'Agenas del 2014 intitolata "Linee guida di indirizzo e criteri operativi per la strutturazione e il dimensionamento degli ospedali":

<b>Lay-out</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 la 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> </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 (e comunque 7,50</li> </ul>

	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <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.</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 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, minimizzandone costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li> </ul>
<b>Impianti di climatizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Massima flessibilità funzionale e trasformabilità delle varie aree.</li> <li>- Progettazione di sistemi orientati alla riduzione dei consumi energetici, privilegiando i sistemi a irraggiamento.</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, minimizzandone costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li> <li>- Nella progettazione degli impianti meccanici, dovrà essere approfondito lo studio dei flussi dell'aria e le caratteristiche degli impianti di ventilazione e dei ricambi dell'aria, con particolare attenzione alle necessità di pulizia dell'aria in base alle funzioni sanitarie svolte.</li> </ul>
<b>Impianti idrici e antincendio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Previsione di circuiti separati per le acque potabili e per quelle destinate ad altri usi, anche con eventuali sistemi di recupero delle acque meteoriche.</li> <li>- Progettazione impiantistica delle reti di distribuzione e dei terminali che consenta la riduzione e il controllo dei rischi connessi a patogeni.</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, minimizzandone costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</li> </ul>
<b>Gas medicali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I dispositivi di controllo e di sezionamento dei gas medicinali (valvole, quadri, etc.) 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> </ul>

<b>Impianti di fognatura</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 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 o 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> </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, minimizzandone 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> </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 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, minimizzandone costi, frequenza e interferenze con attività sanitarie.</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 di alimentazione elettrica.</li> <li>- Previsione di impianto di generazione elettrica e termica con sistemi di cogenerazione/trigenerazione.</li> <li>- Dimensionamento delle diverse fonti energetiche in modo da ottimizzarne il rendimento nei diversi scenari climatici e di mercato.</li> </ul>
<b>Telefonia e Rete dati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nella progettazione dell'impianto di trasmissione dati/fonia si dovrà tener conto della strategicità dello stesso rispetto alle funzioni clinico amministrative e la necessità di elevata sicurezza, performance e continuità di funzionamento.</li> <li>- Progettazione impianto di trasmissione dati WIFI.</li> <li>- Progettazione impianti speciali: allarmi, sorveglianza, controllo accessi,</li> </ul>

	<p>chiamata infermiera, tv e multimedialità, secondo le più moderne tecnologie di informazione e comunicazione ICT.</p> <p>– Eventuale sistema di posta pneumatica.</p>
--	---

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 discostino 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 proposto nel presente documento.

### 3.4. 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;
- 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).**

Infatti l'intervento dovrà rispondere a tutte le norme vigenti comprese quelle emanate da Enti ed Organi competenti, anche di carattere locale, (VVF, Regione, Comune, ASS.) nonché a tutte le regole UNI, CEI, ISO, ASHRAE, ASSISTAL, Eurocodici, ecc. relative a materiali, apparecchiature, modalità di esecuzione dei lavori e dei collaudi.

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:

- 1) Soprintendenza paesaggistica e archeologica
- 2) Valutazione impatto ambientale
- 3) Piano Urbanistico Comunale
- 4) Zona sismica
- 5) Parere igienico/sanitario
- 6) Vigili del Fuoco
- 7) Nucleo valutazione investimenti sanitari sociali
- 8) Autorità di Bacino

## 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 tener 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, che per mezzo della tangenziale e della linea ferroviaria metropolitana.

Facendo riferimento alla tavola della mobilità e ad una previsione di variazione del tracciato in prossimità dell'area oggetto dell'intervento (PUC - Variante Parziale 2013 - Stralcio Tavola P1 - Sistema della Mobilità) si potrà ipotizzare un accesso diretto all'area direttamente dalla Tangenziale e l'arretramento della fermata M9 della Metropolitana fino a farlo rientrare nei confini del lotto destinato alla nuova struttura Ospedaliera (si precisa che per queste opere, se ritenute indispensabili, è richiesta solo una ipotesi da presentare nella proposta in fase di gara, per la realizzabilità e la progettazione il progetto dovrà comunque essere autosufficiente e integrato con l'accessibilità esistente).

La proposta progettuale dovrà anche tener 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 urbana. 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.)

- Gli accessi e la viabilità a servizio dell'Ospedale Universitario dovranno essere distribuiti in maniera equilibrata lungo le vie che circondano il lotto di intervento.
- La progettazione dovrà tener conto non solo delle diverse tipologie di utenti e della loro provenienza, ma anche delle diverse modalità di spostamento degli utenti.



- L'accesso al Pronto soccorso dovrà essere collocato in modo da risultare facilmente individuabile e facilmente raggiungibile dai diversi flussi di utenti, tenuto conto anche degli sviluppi della viabilità urbana ed extraurbana e della necessità di non congestionare la viabilità urbana (e, per quanto possibile e attinente all'intervento, di ridurre il congestionamento).

## POSTEGGI

- In sede progettuale andrà definita con gli uffici comunali la quantità di posteggi da prevedere, rispondente alle effettive esigenze del complesso Ospedaliero e adeguata rispetto al contesto 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 urbano e della disponibilità economica.

## 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 urbano circostante dell'altezza, della volumetria e delle facciate dei vari corpi che comporranno l'edificio del nuovo Ospedale;
  - integrazione dei percorsi urbani 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 per docenti e specializzandi e camere per degenze. Inoltre, occorre tener conto degli spazi in comuni alle attività dell'azienda ospedaliera quali la diagnostica, ed i servizi generali.

### Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria "Scuola Medica Salemitana"

Per le attività didattiche e di ricerca del Dipartimento si dovranno prevedere aule, laboratori didattici e di ricerca, attrezzati con banchi, cappe chimiche e lavelli, studi per docenti e spazi per uffici e segreterie.

Le aule in numero minimo di dieci, con capacità ricettiva dai 50 ai 150 utenti, dovranno essere dotate, oltre che degli impianti prescritti dalla normativa vigente, anche di impianti TD, tendaggi motorizzati e manuali e completate con arredi e sistema e apparecchiature audio—video per la didattica, con la contemporanea possibilità di utilizzo incrociato delle stesse ed in remoto.

Le aule a maggiore capienza dovranno essere dotate di uno spazio dedicato alla gestione delle apparecchiature. In prossimità delle aule si dovrà prevedere una biblioteca e sale studio. Alcuni spazi dovranno essere concepiti come aule multimediali dotate di postazioni PC ed altre apparecchiature per consentire incontri multilingue. La superficie da impegnare, compreso gli spazi di circolazione ed i servizi è stata stimata in circa 10.000 mq.

### **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 ricettività di almeno 600 persone, un bar con servizi igienici, uffici di segreteria, sala regia con attigui locali di deposito.



**PARTE 4. - Dimensionamento economico  
del Nuovo Ospedale dell'Azienda Ospedaliera  
Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio  
Ruggi d'Aragona di Salerno**

## 4. Dimensionamento economico

### 4.1. Metodologia ed analisi

Le stime per il dimensionamento del nuovo ospedale vengono effettuate facendo riferimento a n. 716 posti letto.

Per tale presidio ospedaliero è stata stimata una superficie complessiva di **132.300 m<sup>2</sup>**, così ripartita:

- 49.000 m<sup>2</sup> per le Aree di Degenza;
- 31.300 m<sup>2</sup> per l'Area della Diagnosi e Terapia;
- 3.000 m<sup>2</sup> per l'Area di Accoglienza;
- 11.500 m<sup>2</sup> per l'Area dei Servizi di supporto logistici;
- 2.500 m<sup>2</sup> per l'Area dei Servizi di supporto amministrativi e dirigenziali;
- 25.000 m<sup>2</sup> per il connettivo primario, centrali e sottocentrali tecnologiche.
- 10.000 m<sup>2</sup> per il polo universitario, laboratori e didattica.

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.

Nelle stime non sono considerati gli oneri per le bonifiche, le infrastrutture non strettamente connesse all'organismo edilizio, i costi per la gestione del transitorio e la logistica dei trasferimenti.

### 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.

I costi unitari standard presi a riferimento e non contestualizzati sono i seguenti:

- 1.900,00 €/m<sup>2</sup> per le aree a destinazione d'uso sanitaria (degenze, servizi sanitari, rianimazione e terapie intensive, reparti operatori);
- 1.650,00 €/m<sup>2</sup> per le aree a destinazione d'uso non sanitaria (connettivi, locali tecnici, servizi generali,

servizi collettivi).

- 1.650,00 €/m<sup>2</sup> per le aree a Polo Universitario

I coefficienti di contestualizzazione (Ci) all'area funzionale dell'ambito i-esimo sono quelli riportati nella seguente tabella:

Tipologia di Area Funzionale Omogenea	Coefficienti di contestualizzazione
Degenze, area non critica	1,00
Degenze, area critica	1,15
Reparti operatori	2,00
Servizi Sanitari	0,70
Servizi Collettivi e Generali	0,70
Connettivi e locali tecnici	0,60
Polo Universitario	1,00

Tabella 1: Coefficienti di contestualizzazione dei costi standard per le realizzazioni ospedaliere

I costi unitari standard per la nuova realizzazione delle diverse tipologie di aree funzionali omogenee ospedaliere, ottenuti dal prodotto fra il costo standard riferito alle aree sanitarie, ovvero alle aree non sanitarie, ed il coefficiente di contestualizzazione da applicare per l'area di interesse sono riportati nella seguente tabella.

Destinazione generale	Area Funzionale Omogenea	Costi unitari di realizzazione
Aree Sanitarie	Degenze, area non critica	1.900,00 €/m <sup>2</sup>
	Degenze, area critica	2.180,00 €/m <sup>2</sup>
	Reparti operatori	3.800,00 €/m <sup>2</sup>
	Servizi Sanitari	1.330,00 €/m <sup>2</sup>
Aree non Sanitarie	Servizi Collettivi e Generali	1.155,00 €/m <sup>2</sup>
	Connettivi e locali tecnici	990,00 €/m <sup>2</sup>
Polo Universitario	Didattica – Amministrazione - Laboratori	1.650,00 €/m <sup>2</sup>

Tabella 2: Costi unitari di realizzazione delle differenti tipologie di aree funzionali omogenee ospedaliere

Le superfici attribuite alle diverse Aree Ospedaliere sono ricondotte alle aree funzionali omogenee di riferimento per le stime economiche come appresso riportato.

Aree ospedaliere	Aree funzionali omogenee	Superfici di riferimento
Aree di Degenza	Degenze, area non critica	42.000 m <sup>2</sup>
	Degenze, area critica	7.000 m <sup>2</sup>
Aree della Diagnosi e Terapia	Servizi Sanitari	26.300 m <sup>2</sup>
	Reparti operatori	5.000 m <sup>2</sup>
Area di Accoglienza	Servizi Collettivi e Generali	3.000 m <sup>2</sup>
Area dei Servizi di supporto logistici	Servizi Collettivi e Generali	11.500 m <sup>2</sup>
Area dei Servizi di supporto amministrativi e dirigenziali	Servizi Collettivi e Generali	2.500 m <sup>2</sup>
Connettivo primario, centrali e sottocentrali tecnologiche	Connettivi e locali tecnici	25.000 m <sup>2</sup>
Polo Universitario	laboratori e didattica	10.000 m <sup>2</sup>

Tabella 3: Corrispondenza fra aree ospedaliere

Il costo per la realizzazione dell'opera edile, delle strutture e degli impianti del presidio ospedaliero è quindi

quello riportato nella seguente tabella.

Aree funzionali omogenee	Superfici di riferimento	Costi unitari di realizzazione	Costi di realizzazione
Degenze, area non critica	42.000 m <sup>2</sup>	1.900,00 €/m <sup>2</sup>	79.800.000 €
Degenze, area critica	7.000 m <sup>2</sup>	2.180,00 €/m <sup>2</sup>	15.260.000 €
Servizi Sanitari	26.300 m <sup>2</sup>	1.330,00 €/m <sup>2</sup>	34.980.000 €
Reparti operatori	5.000 m <sup>2</sup>	3.800,00 €/m <sup>2</sup>	19.000.000 €
Servizi Collettivi e Generali	17.000 m <sup>2</sup>	1.155,00 €/m <sup>2</sup>	19.635.000 €
Connettivi e locali tecnici	25.000 m <sup>2</sup>	990,00 €/m <sup>2</sup>	24.750.000 €
Didattica e Laboratori	10.000 m <sup>2</sup>	1.650,00 €/m <sup>2</sup>	16.500.000 €
<b>TOTALE</b>	<b>132.300 m<sup>2</sup></b>		<b>209.925.000 €</b>

Tabella 4: Costo per la realizzazione dell'opera edile, delle strutture e degli impianti del presidio Ospedaliero Universitario

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.

Opere	Superfici di riferimento	Costi unitari di realizzazione	Costi di realizzazione
Parcheggi a raso	50.000 m <sup>2</sup>	71,50 €/m <sup>2</sup>	3.575.000 €
Viabilità	30.000 m <sup>2</sup>	120,00 €/m <sup>2</sup>	3.600.000 €
Aree Verdi	116.000 m <sup>2</sup>	25 €/m <sup>2</sup>	2.900.000 €
Sedime edifici (ipotetico)	24.000 m <sup>2</sup>		
<b>TOTALE</b>	<b>220.000 m<sup>2</sup></b>		<b>10.075.000 €</b>

Tabella 5: Costi parametrici e di realizzazione dei parcheggi e delle aree esterne

Il costo per la realizzazione della struttura ospedaliera è quindi riportato nella seguente tabella.

Tipologia di opera	Costo di realizzazione
Opera edile, strutture ed impianti	209.925.000 €
Parcheggi ed aree esterne	10.075.000 €
<b>TOTALE</b>	<b>Circa 220.000.000 €</b>

Tabella 6: Costo di realizzazione del presidio Ospedaliero Universitario

Considerando l'opera edile, le strutture, gli impianti, i nodi tecnologici e le aree di pertinenza (220.000.000€), il costo unitario medio di realizzazione del presidio ospedaliero, considerando una superficie di 132.300 m<sup>2</sup>, è pari a circa **1.660 €/m<sup>2</sup>**.

La struttura complessiva del quadro economico dell'intervento è, pertanto, quella riportata nella seguente

tabella.

Quadro economico Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona – FSC	
<b>A – Lavori</b>	
A1 – Importo lavori	220.000.000,00
A2 – Sicurezza 3%	6.600.000,00
A3 – Rilievi, accertamenti e sondaggi	1.400.000,00
A4 – Allacciamenti	1.900.000,00
A5 – Espropri	21.000.000,00
A7 – Imprevisti 6%	13.200.000,00
<b>B – Spese Generali</b>	
B1 – Spese tecniche progettazione e verifiche	18.593.069,09
B2 – Spese tecniche direzione lavori, sicurezza e collaudo	10.022.973,76
B3 – Consulenze	930.061,83
B4 – Incentivo	1.250.000,00
B5 – Spese di gara e pubblicità	450.000,00
<b>IVA</b>	
C1 – IVA 10% - Lavori	24.310.000,00
C2 – IVA 22% + oneri 4%	7.780.987,22
<b>Totale</b>	<b>326.987.091,90</b>

Tabella 7: Quadro economico complessivo dell'intervento

Il Responsabile Unico del Procedimento  
Ing. Roberta Santaniello

