



IL NUOVO POLO DELLA SALUTE
di
Padova

Documento Preliminare Strategico

INDICE

Premessa

PRIMA PARTE

Contesto di riferimento e caratteristiche del nuovo Polo di Padova

1 Il “sistema salute”

- 1.1 Tendenze evolutive dei sistemi ospedalieri
- 1.2 Esperienze ospedaliere di eccellenza
- 1.3 Evoluzione del rapporto Assistenza–Ricerca -Insegnamento

2. Indirizzi di programmazione per il nuovo Polo

- 2.1 L’offerta attuale
- 2.2 La programmazione della rete ospedaliera
- 2.3 Il processo organizzativo per un nuovo Sistema Integrato

3. Obiettivi generali e strategie di intervento

- 3.1 La connotazione del nuovo Polo
- 3.2 Lo stato dell’arte e le priorità rilevate
- 3.3 Principi e requisiti guida

4. L’assetto organizzativo del nuovo Polo

- 4.1 Il Metodo seguito
- 4.2 L’assetto aziendale integrato
- 4.3 La classificazione funzionale
- 4.4 Il Modello organizzativo

5. Configurazione del nuovo Polo

- 5.1 Bacino di utenza
- 5.2 Aree funzionali
- 5.3 Dimensionamento
- 5.4 Lay out generale
- 5.5 Lay out delle aree funzionali
- 5.6 Master plan
- 5.7 Fasi funzionali

6. Alcuni suggerimenti progettuali

- 6.1 Indirizzi per la scelta del sito
- 6.2 Indirizzi per la definizione progettuale

1. Il Progetto

- 1.1 Premesse generali
- 1.2 La situazione patrimoniale attuale, i soggetti coinvolti nel Progetto ed i relativi impegni

2. Aspetti economico finanziari

- 2.1 Premesse
- 2.2 Valutazioni preliminari sulla futura fattibilità

3. La realizzazione del Nuovo Polo

- 3.1 Premesse
- 3.2 La concessione di costruzione e gestione
- 3.3 Il leasing immobiliare pubblico in costruendo

4. Il concorso di progettazione e la gara di concessione

- 4.1 Premesse
- 4.2 Caratteristiche, procedure e tempi
- 4.3 La gara di concessione: procedura e tempi
- 4.4 La divisione in lotti del Nuovo Polo

5. L’Accordo di Programma

- 5.1 Natura e funzione
- 5.2 Variazione degli strumenti urbanistici

6. La valorizzazione della Vecchia Struttura

- 6.1 La vendita diretta
- 6.2 Apporto delle aree ad un fondo immobiliare ad apporto pubblico
- 6.3 Aspetti fiscali

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- **Documenti istituzionali**
- **Informazioni dal web**
- **Articoli di stampa**
- **Siti web di strutture ospedaliere**
- **Bibliografia**

ALLEGATI

Prima Parte

Allegato A : Analisi comparativa delle esperienze e delle soluzioni organizzative in materia di nuove strutture ospedaliere nel panorama europeo ed internazionale

Allegato B : Raccolta di riferimenti per la connotazione del nuovo Polo

Allegato C : Programma edilizio di dettaglio

Allegato D : Linee guida per la progettazione del sistema informatico

PREMESSA

Il presente Documento Preliminare Strategico (DPS) ha lo scopo di definire le caratteristiche del nuovo Polo di eccellenza ad alta tecnologia da realizzare nell'area di Padova. Polo concepito come un Sistema Integrato di Assistenza, Ricerca ed Insegnamento nel quale la componente ospedaliera è strettamente relazionata con la componente universitaria.

La descrizione delle caratteristiche viene preceduta dalla formulazione degli obiettivi e risultati attesi dall'intervento, inquadrati in una visione di contesto generale nel quale è andata maturando l'iniziativa.

Gli obiettivi ed i risultati sono il prodotto di una estesa indagine informativa e conoscitiva delle esperienze in atto relative alla creazione di Centri di Eccellenza clinico-universitari, di attrazione regionale, nazionale ed internazionale. I risultati attesi sono stati, inoltre, definiti sulla base degli obiettivi strategici regionali e sugli indirizzi di programmazione nazionale tesi a promuovere l'eccellenza e a riqualificare le strutture ospedaliere.

Definite le caratteristiche che configurano il nuovo Polo come sistema complesso, si è proceduto ad analizzare le implicazioni di carattere economico, finanziario e procedurale.

Coerentemente con i contenuti evidenziati l'esposizione viene articolata in due parti, di cui la prima descrive:

- il contesto socio-sanitario nel quale l'intervento stesso dovrà essere realizzato e le realtà con le quali dovrà correlarsi
- gli obiettivi generali e le strategie di intervento che si intendono seguire
- la connotazione del nuovo Polo
- l'assetto organizzativo, espresso da un Modello di riferimento
- la configurazione, inclusa la consistenza dimensionale
- indirizzi per la successiva fase di progettazione

Una seconda parte è invece dedicata alle caratteristiche generali di realizzazione dell'intervento e parte dalle premesse generali del Progetto, inteso come comprensivo dei due interventi rappresentati dalla realizzazione del Nuovo Polo e dalla dismissione e valorizzazione dell'ospedale esistente. Tale seconda parte descrive:

- la situazione patrimoniale attuale, i soggetti coinvolti nell'iniziativa ed i relativi impegni
- alcune previsioni in merito agli aspetti economico finanziari con riferimento alle fonti di finanziamento ed alle ipotesi di fattibilità e sostenibilità economica e finanziaria
- aspetti riguardanti la realizzazione dell'intervento, con particolare riguardo a tre sistemi: la concessione di costruzione e gestione, il *leasing* immobiliare pubblico in costruendo ed il concorso di progettazione
- gli aspetti contrattuali e procedurali con riferimento alle modalità di un Accordo di programma e alle variazioni degli strumenti urbanistici
- la valorizzazione della vecchia struttura.

Nel Documento Preliminare Strategico sono, pertanto, definite le strategie e le scelte dell'Amministrazione e delineate le caratteristiche di assetto e di configurazione che si intendono conferire al nuovo Polo, affinché questo sia in grado di rispondere al quadro esigenziale espresso dall'Amministrazione stessa.

Lo sviluppo del Documento è stato impostato su analisi di carattere metaprogettuale, legate, cioè, alla considerazione del nuovo Polo come insieme sistemico i cui elementi costituenti sono stati riguardati

e correlati secondo logiche organizzative, funzionali e dimensionali: i risultati delle analisi trovano espressione, all'interno del Documento, nel Modello organizzativo, nel Master Plan e nei dati dimensionali.

Tutte le successive azioni di verifica di fattibilità e di progressivo approfondimento progettuale dovrebbero riferirsi al presente Documento Preliminare Strategico il quale, peraltro, per contenuti ed articolazione può essere riguardato di per sé come uno strumento di valutazione della fattibilità dell'iniziativa.

Il presente lavoro è stato sviluppato tenendo conto dei contenuti di documentazione di origine istituzionale, con particolare riferimento agli atti programmatori regionali. Per il suo completamento è stato altresì necessario consultare letteratura e stampa specialistica, così come si è fatto riferimento ad informazioni ricavabili dalla rete web. Una lista della documentazione più significativa è riportata nella sezione dei "Documenti di riferimento".

Il DPS è completato inoltre da una serie di allegati che riguardano:

- un'ampia indagine su iniziative similari estesa a livello internazionale, a titolo di ricognizione dell'effettivo "stato dell'arte", e finalizzata a far emergere realtà e tendenze in atto nel campo della Assistenza, della Ricerca e dell'Insegnamento, con caratteristiche di eccellenza riferibili od addirittura trasferibili all'iniziativa patavina (Allegato A);
- la raccolta dei principali riferimenti per la connotazione del nuovo Polo (Allegato B)
- il Programma edilizio di dettaglio per il dimensionamento (Allegato C);
- le linee guida per la progettazione del Sistema informatico, in una logica di integrazione con il territorio (Allegato D)
- la "Relazione di analisi e sintesi" predisposta in data 13 marzo 2008 dall'Azienda Ospedaliera di Padova (Allegato A - seconda parte)
- Prospetto dell'impatto degli oneri finanziari sulla realizzazione delle singole fasi dell'intervento a seconda che le si realizzi "in serie" o "in parallelo" (Allegato B - seconda parte)

Gli allegati sono il frutto di estese ed approfondite analisi ed elaborazioni delle quali il testo che segue riporta soltanto i risultati o le indicazioni di sintesi, per non appesantire l'esposizione; gli allegati vanno, pertanto, considerati parte integrante del Documento Preliminare Strategico.

PARTE PRIMA

Contesto di riferimento e caratteristiche del NUOVO POLO DELLA SALUTE di Padova

PARTE PRIMA

Contenuti

La prima parte è articolata in sei capitoli dedicati:

- i primi due al contesto di riferimento socio sanitario e legislativo nel quale si colloca e con il quale si raffronta l'iniziativa;
- il terzo agli obiettivi generali e alle strategie di intervento;
- il quarto ed il quinto al modello organizzativo e funzionale del nuovo Polo;
- il sesto alla formulazione di alcuni indirizzi generali e di alcune raccomandazioni per la localizzazione dell'intervento.

La sequenza delle informazioni segue un percorso logico che, dall'esame delle tendenze evolutive dei sistemi sanitari in atto e da una attenta analisi della situazione socio sanitaria presente nel territorio, arriva alla esplicitazione del quadro esigenziale che si intende soddisfare attraverso la definizione del modello metaprogettuale del nuovo Polo. Modello avulso da qualsiasi caratterizzazione fisica, ma rappresentativo dell'insieme di prestazioni che definiscono il nuovo Polo nella sua accezione di Sistema e che ne identificano la sua connotazione.

La connotazione ed il modello proposti per il nuovo Polo sono il risultato delle ricerche e delle analisi, sviluppate applicando la seguente metodologia:

- estesa indagine informativa e conoscitiva delle tendenze in atto, relative alla creazione di Centri di Eccellenza clinico-universitari di attrazione regionale, nazionale ed internazionale;
- definizione dei Principi guida per la realizzazione e la gestione degli ospedali ad alta tecnologia ed assistenza;
- indicazioni programmatiche regionali ed indirizzi di programmazione nazionale tesi a promuovere l'eccellenza e a riqualificare le strutture ospedaliere;
- individuazione della connotazione del nuovo Polo sulla base dello stato dell'arte e delle priorità rilevate, con evidenziazione delle iniziative similari in atto;
- definizione di un Decalogo di Principi e Requisiti guida;
- identificazione dell'assetto funzionale del nuovo polo, quale Sistema integrato di Assistenza-Ricerca-Insegnamento in base alla tipologia dei servizi da offrire;
- definizione del Modello del nuovo Polo
- suggerimenti progettuali e per la scelta dell'area.

Il Documento Preliminare Strategico potrà essere posto a riferimento di tutti le successive azioni di verifica di fattibilità e di progressivo approfondimento progettuale.

1. Il "sistema salute"

1.1 Tendenze evolutive dei sistemi ospedalieri

Il futuro degli ospedali è un tema che negli ultimi anni è stato oggetto di un esteso dibattito internazionale in ragione dei cambiamenti che le proposte di riforma dei sistemi di salute stanno proponendo in particolare nei paesi industrializzati.

L'influenza è tuttavia reciproca. Se infatti da un lato la riorganizzazione e l'ammodernamento dei sistemi sanitari influenza la gestione e l'organizzazione degli ospedali, dall'altro la politica ospedaliera comporta necessariamente una visione non limitata all'ospedale come struttura edilizia ma rende necessario considerare il sistema sanitario nel suo complesso. Conseguentemente occorre tener in conto tutti quei fattori che, nel loro insieme, determinano le esigenze e le priorità che i sistemi sanitari devono affrontare ed il ruolo che nel loro ambito viene affidato alle strutture ospedaliere. Oltre alle tematiche specifiche indotte dalla progettazione e realizzazione di una nuova struttura (soluzioni urbanistiche, proposte architettoniche ed organizzative degli spazi interni, ecc.) occorre quindi prendere in considerazione gli indirizzi di politica sanitaria, le modalità di finanziamento della salute pubblica, le innovazioni scientifiche e tecnologiche, nonché l'evoluzione demografica ed epidemiologica.

La sfida dell'ospedale del futuro non può prescindere dal sistema sanitario nel quale va a collocarsi ed i cui obiettivi e bisogni i nuovi ospedali devono soddisfare.

In questa prospettiva i dati che emergono da una analisi comparativa¹ su iniziative similari al nuovo polo, a livello europeo ed internazionale confermano che nonostante i continui avanzamenti nel settore sanitario ed i progressi della medicina specialistica, sono necessarie nuove soluzioni per far fronte in particolare a tre ordini di problemi: i costi crescenti delle prestazioni, l'invecchiamento della popolazione ed i bisogni individuali dei pazienti.

Ciò è particolarmente evidente in tutti i 27 Stati dell'UE. Se da un lato lo sviluppo di sistemi di protezione sociale che si prefiggono l'obiettivo di garantire a tutti l'accesso ad una assistenza di qualità ha contribuito a migliorare notevolmente lo stato di salute della popolazione, dall'altro si osserva come le innovazioni tecnologiche e terapeutiche, il miglioramento del benessere e dell'informazione ai pazienti nonché il cambiamento demografico, abbiano sollevato questioni nuove e comuni in merito alla capacità dei sistemi nazionali di assicurare accessibilità e qualità del servizio e di garantirne, al contempo, la sostenibilità finanziaria a lungo termine.

A tali problematiche vanno poi aggiunte quelle relative all'invecchiamento nelle professioni sanitarie, nonché la questione dell'interazione crescente dei sistemi assistenziali che i Governi nazionali tendono ancora a concepire come politica interna, laddove invece l'assistenza sanitaria è stata chiaramente qualificata dalla Corte di Giustizia UE come prestazione di servizio, cosicché i pazienti, in quanto destinatari di un servizio, devono poter beneficiare della libera circolazione che il mercato unico garantisce loro.

¹ L'analisi comparativa è il risultato dell'indagine estesa ad esperienze analoghe al nuovo Polo riepilogate nell'Allegato A del presente documento.

Si tratta di problematiche ed aspetti comuni a tutti i sistemi sanitari europei: criticità quali le disuguaglianze e le difficoltà di accesso che persistono nonostante l'universalità garantita in linea di massima dagli stessi, offerta dei servizi di qualità talvolta insufficiente alle esigenze della popolazione, cui si aggiungono periodi di attesa eccessivi e squilibri finanziari.

Questi fenomeni concomitanti incidono sia sulla gestione ed organizzazione sanitaria, sia, più in generale sulla salute dei cittadini, ed hanno delle ricadute anche sulla funzione e sulla organizzazione ospedaliera.

In effetti il ruolo degli ospedali come attori del sistema sanitario dovrebbe essere quello di contribuire al miglioramento della salute e alla riduzione delle ineguaglianze, così come dovrebbero fornire un alto livello nella gestione di situazioni critiche, invece, il loro impatto complessivo nella realtà attuale appare essere assai limitato. Risultati migliori potrebbero ottenersi se si puntasse maggiormente sulle nuove tecnologie – in primo luogo sull'ICT – e sull'expertise e se si cercasse di trarre il massimo beneficio dalle risorse impiegate.

1.2 Esperienze ospedaliere di eccellenza

Partendo dalle considerazioni sopra esposte (rinvenibili nella letteratura sull'argomento²) sono state analizzate una serie di soluzioni ed esperienze ospedaliere europee ed internazionali che meglio sembrano rispondere ai bisogni ed agli obiettivi del progetto per il nuovo Polo³

Tra le tante realtà messe in luce dall'indagine, si vogliono specificatamente segnalare alcune iniziative che, per contenuti e finalità, si pongono come immediato e diretto riferimento del nuovo Polo a cui possono essere, almeno parzialmente, assimilate. La loro localizzazione le rende, peraltro, ineludibili dall'orizzonte geografico e temporale sul quale si intende proiettare il nuovo Polo⁴. Sono tre strutture, operative od *in fieri*: il "Cerba - Centro di ricerca biomedica avanzata", il "Dibit - Dipartimento di Biotecnologie" dell'ospedale San Raffaele e l' "Humanitas - Istituto di ricovero e cura a carattere Scientifico", tutte localizzate nell'area milanese⁵.

Nelle figure che seguono si sintetizzano le informazioni reperite per le prime due strutture, informazioni che vogliono evidenziare la vicinanza concettuale al nuovo Polo.

1.3 Evoluzione del rapporto Assistenza-Ricerca-Insegnamento

Le più avanzate strutture esaminate propongono modelli organizzativi e strutturali di respiro internazionale propulsori di sviluppo tecnologico ed imprenditoriale. Fattore comune è il considerare l'area medica come complesso unitario di clinica, biomedica e biotecnologia, in conformità con l'evoluzione degli attuali standard internazionali. D'altro canto il cosiddetto "pianeta" biotech che sta subendo in questi ultimi anni una crescita esponenziale, è dominato dalle aziende per la cura della salute⁶.

² Cfr la Bibliografia riportata nel presente documento

³ Cfr le schede dell'Allegato A

⁴ Si cita in proposito quanto espresso dal Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Padova nella riunione del 14/12/2006 in merito alla Richiesta di parere da parte del Magnifico Rettore sul Piano Attuativo del Commissario Straordinario per la Programmazione Sanitaria e successiva richiesta della Regione di un intervento programmatico dell'Università-Facoltà di Medicina e Chirurgia: "(...) E' interesse della Regione far sorgere presso le sedi universitarie e le AOUI dei centri di ricerca clinica per studi di fase I e I/II che pongano il Veneto alla pari della Lombardia e di altre regioni europee limitrofe".

⁵ Sempre in Lombardia la Giunta regionale e l'assessore alla Sanità hanno approvato l'ipotesi di Accordo di Programma per la realizzazione del nuovo Polo sanitario milanese denominato "Cittadella della salute" che metterà insieme le strutture sanitarie più importanti del capoluogo lombardo.

⁶ Dai dati estratti dal Rapporto annuale Blossom Associati Assobiotech sulle biotecnologie e pubblicati sulla rivista *Sanità* del 3-9/6/08 le aziende biotech del settore sanitario (*Red Biotech*) occupano il 74% del totale.

Questo ha richiesto e richiede l'attuazione di sforzi innovativi ed interventi strutturali, tecnologici e gestionali coordinati nei diversi settori che, finalizzati a migliorare la salute dei cittadini sono, al contempo, da impulso allo sviluppo dell'economia e alla creazione di nuovi posti di lavoro.

In questa logica particolare importanza assume, nell'ambito della ricerca scientifica, la ricerca traslazionale⁷ in grado di trasformare le scoperte fondamentali in applicazioni cliniche e garantire in tal modo che la stessa ricerca biomedica produca benefici concreti.

Fig.1

IL PROGETTO CERBA* - Citta' della Scienza Biomedica -Milano (Centro Europeo per la Ricerca Biomedica Avanzata)

L'IDEA
Centro di eccellenza dove convivano : **ricerca, cura e formazione**

ISTITUTI PARTECIPANTI

- Istituto Europeo di Oncologia Molecolare
- Istituto Europeo delle Neuroscienze
- Istituto Europeo di Cardiologia
- Istituto di Neonatologia
- Centro di ricerca biomedica avanzata
- Scuola Europea di Medicina Molecolare

ATTIVITA' PREVISTE

- 45.000 ricoveri
- 27.000 interv. chirurgici
- 30.000 cicli di radioterapia
- 800.000 visite ambulatoriali
- 300.000 prest. diag. avanzate

RICERCA

- 1100 postazioni per ricercatori
- Piattaforma tecnologica condivisa

CLINICA

- 20 sale operatorie
- sincrotrone e protonterapia
- ciclotrone e medicina nucleare
- 60 grandi attrezz. diagn. avanzate
- 160 ambulatori
- 550 letti di cui
- 50 terapia intensiva
- 100 day-hospitali e day surgery

DIDATTICA

- centro congressi da 800 posti
- biblioteche, aule e laboratori didattici

PERSONALE

- 4000 persone di cui
- 1800 clinici
- 1400 ricerca e didattica



PL 550 - COSTO: 1124 ml di euro

Dati Dimensionali:			
-Ettari	61 (610.000mq)	-Ricerca	65.000 mq
-Attività comuni	7.000mq	-Didattica	40.000 mq
-Parcheggi	155.000 mq (4500 posti)	-Diagnosi e cura	180.000 mq

*Istituto europeo di Oncologia -Veronesi - www.cerba.it -rif. NIH di BETHESDA


Fig.2

⁷ A tal proposito si ricorda che il VII Programma quadro (2007-2013) per la ricerca scientifica cita: "(...) Trasferire la ricerca per la salute umana... ..Trasferire i risultati clinici nella pratica clinica. Comprensione del processo decisionale clinico e delle modalità di trasferimento dei risultati della ricerca clinica nella pratica clinica, con particolare attenzione alle specificità dei bambini, delle donne e degli anziani".(Fonte Ministero della Salute)

IL PROGETTO del DIBIT 2 - Milano
(Dipartimento Universitario di Medicina Molecolare)

DIBIT 2 OSPITERA':

- Laboratori di Analisi
- Laboratori di Ricerca avanzata
- Didattica
- Terapie avanzate



DIBIT 2 dati di riferimento:

-Superficie complessiva	75.000mq dicui
-Medicina di laboratorio	20.000mq
-Terapie innovative	20.000mq
-Nuovi ricercatori	500

DIBIT 1

Biologia Molecolare
Genomica funzionale
Neuroscienze
Immunologia e malattie infettive

Dati di riferimento

Laboratori	40.000mq
-n° di personale	250
-n° studenti (borsisti)	100

Parco scientifico Biotecnologico

ISTITUTO SCIENTIFICO UNIVERSITARIO SAN RAFFAELE

Centro di riferimento nazionale per:

- Medicina molecolare-
- Malattie metaboliche
- Biotecnologie e Bioimmagini

Clinica

DIP. Cardio-Toraco-Vascolare
DIP. Assistenziiale di scienze chirurgiche
DIP. Oncologia (con 3 Unità di ricerca)

Ricerca

Dip. di Biologia molec. e genomica funzi.
Dip. Di Neuroscienze
Istituto per la Terapia Genetica
Istituto di ricerca per cellule staminali

Didattica (Facoltà)

-Medicina e Chirurgia
-Psicologia
-Filosofia

*Istituto Scientifico Universitario San Raffaele di Don Luigi Verze - www.sanraffaele.org/Home/index.html

Nel contesto di cui sopra e nel rispetto della tradizione medica patavina si inquadra l'iniziativa del nuovo Polo in cui si vuole che l'Assistenza ospedaliera alla popolazione sia integrata fortemente con la ricerca in campo clinico e biomedico e con la didattica e la formazione continua⁸. In particolare nel nuovo Polo la componente della ricerca di laboratorio promuoverà e realizzerà la funzione di "incubatore di impresa" e sperimenterà nuovi modelli gestionali⁹ per favorire lo scambio scientifico tra le attività innovative di ricerca e le aziende produttive.

Nello schema che segue viene sintetizzata la ricercata integrazione ed i reciproci rapporti tra Assistenza-Ricerca-Insegnamento, incentrando l'attenzione sulle principali funzioni di ricerca¹⁰ e

⁸ Si cita in proposito quanto espresso dal Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Padova nella riunione del 14/12/2006 in merito alla Richiesta di parere da parte del Magnifico Rettore sul Piano Attuativo del Commissario Straordinario per la Programmazione Sanitaria e successiva richiesta della Regione di un intervento programmatico dell'Università-Facoltà di Medicina e Chirurgia:
(...) *Salvaguardia della indissolubilità delle funzioni di didattica-ricerca-assistenza peculiari della Medicina accademica*
(...)
(...) *l'internazionalizzazione e lo sviluppo tecnologico ed imprenditoriale del Veneto* (...)
(...) *All'Università-Scuola di Medicina spetta prioritariamente il compito di organizzare la formazione in ambito medico odontoiatrico,biomedico (biotecnologie sanitarie e mediche) e delle professioni sanitarie ai vari livelli* (...)
(...) *nascano, promosse dalla Regione, in collegamento con la Facoltà Medica Patavina, iniziative per lanciare nel nord est una nuova realtà d'impresa, basata sull'alto valore aggiunto del prodotto (bio e nanotecnologie), per lo sviluppo della economia e per la creazione di nuovi posti di lavoro*(...)
(...) *far sorgere un polo industriale in stretta relazione con un campus accademico biomedico* (...)

⁹ prevista dall'art. 9 bis del D.Lgs 502/92

¹⁰ Si cita a tal proposito quanto espresso dal Consiglio di Amministrazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Padova nella adunanza del 19/02/07006 in merito al Nuovo Polo Ospedaliero-Allegato 2:
(...)2) *comprendere, oltre alla componente clinica ... la componente preclinica o biomedica che si occupa di scienza di base applicata alla clinica (chimica, fisica, biochimica, biologia applicata, istologia, anatomia, genetica, biologia molecolare, fisiologia, microbiologia, patologia generale)*

sulle tecnologie e servizi di supporto in conformità con quanto segnalato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova.

2. Indirizzi di programmazione per il nuovo Polo

2.1 L'offerta attuale dell'Assistenza, della Ricerca e dell'Insegnamento

L'offerta attuale (sanitaria ed universitaria) è stata valutata sulla base di una indagine¹¹ preliminare relativa al fabbisogno di assistenza, ricerca ed insegnamento riferito sia al contesto padovano che ad un più esteso bacino extraterritoriale.

Gli specifici dati esaminati, in parte utilizzati ai fini del presente documento, sono raccolti negli Allegati.

L'Assistenza

Per l'Assistenza, prima di sintetizzare i risultati dell'indagine si evidenzia il quadro di riferimento¹² della situazione sociosanitaria del Veneto, in cui si colloca il futuro intervento del nuovo Polo di Padova.

"La popolazione del Veneto non ha mai goduto di condizioni di salute migliori di quelle attuali e... di tanti "... progressi nella riduzione della mortalità. La riduzione della mortalità, specialmente in età infantile, ha determinato un sostanziale allungamento della speranza di vita alla nascita La mortalità infantile (inferiore a 4/1.000 nati vivi), prescolare e materna (intorno a 2/100.000 nati vivi) sono attualmente tra le più basse nel mondo e rappresentano quindi problemi superati. I miglioramenti della sopravvivenza hanno comunque portato benefici in tutte le classi d'età inclusi gli anziani. La conseguenza demografica più rilevante è il rapido e marcato invecchiamento della popolazione .Le implicazioni sanitarie e sociali, oltre che economiche, di questi fenomeni sono molto profonde e lo saranno ancora di più quando, dal 2011, la generazione del baby-boom nata tra il 1946 ed il 1964 entrerà nel gruppo degli ultra sessantacinquenni. I miglioramenti dello stato di salute della popolazione hanno riguardato non solo la riduzione della mortalità ma anche della disabilità. I traumi stradali e la malattia cerebro-vascolare rappresentano le maggiori cause di disabilità per i gruppi di età al di sotto e oltre i 45 anni, rispettivamente. Con l'evolversi del livello di salute anche nella popolazione anziana, tuttavia, l'attenzione va focalizzata in particolare sulle fasce di età più avanzate, ed in particolare sulla frazione disabile, o meglio, confinata... .."

Uno dei settori principali dell'intervento regionale riguarda gli anziani, il cui numero, come già evidenziato è in forte aumento e costituisce una caratteristica essenziale del trend demografico della società veneta. Gli interventi regionali hanno mirato a privilegiare le politiche di assistenza integrata (SAD e ADI) e sono stati realizzati sostenendo l'azione delle Aziende Ulss e degli Enti locali. Dal punto di vista dell'assistenza territoriale, il "modello territoriale veneto" è ormai largamente riconosciuto tra i più efficienti ed efficaci dell'intero sistema nazionale.

Dal punto di vista, invece, dell'assistenza ospedaliera, attualmente il Veneto è caratterizzato dalle due grandi Aziende Ospedaliere di Padova e di Verona e dall'Istituto Oncologico Veneto, sempre a

¹¹ L'indagine si è basata sull'analisi di:

- dati regionali (Relazione socio-sanitaria della Regione Veneto anno 2004 ed Estratto da Regione Veneto Allegato A alla DGR n° 3101 del 3-10-200)
- dati del sistema di monitoraggio dell'ex Ministero della salute (NSIS)
- dati ISTAT
- da studi e linee guida di altri Enti istituzionali (Università)
- dati ricavati dalla stampa specializzata e da documenti ufficiali reperiti in rete.

¹² Estratto da Regione Veneto Allegato A alla DGR n° 3101 del 3-10-2006

Padova, nonché dai numerosi presidi ospedalieri delle 21 Aziende Ulss. In sintesi le strutture ospedaliere venete sono 80, di cui 15 di privati accreditati.

I posti letto pubblici per Azienda si attestavano al 2003 sul 3,93 per 1000 abitanti contro il 3,83 programmato¹³. Come segnalano i dati sulle attività di ricovero al 2003, sul totale dei ricoveri ospedalieri solo il 16,54% sono in presidi privati. Inoltre i dati fanno riscontrare un *trend* in aumento dei ricoveri diurni in tutte le aree funzionali omogenee, con particolare incremento dell'attività chirurgica ed una riduzione della degenza media, soprattutto nell'area materno-infantile.

Dal punto di vista dell'appropriatezza dei ricoveri e dei Livelli Essenziali di Assistenza risulta riducibile la percentuale dei ricoveri potenzialmente inappropriati, soprattutto nella fascia di età tra i 45 e 64 anni (22,72%).

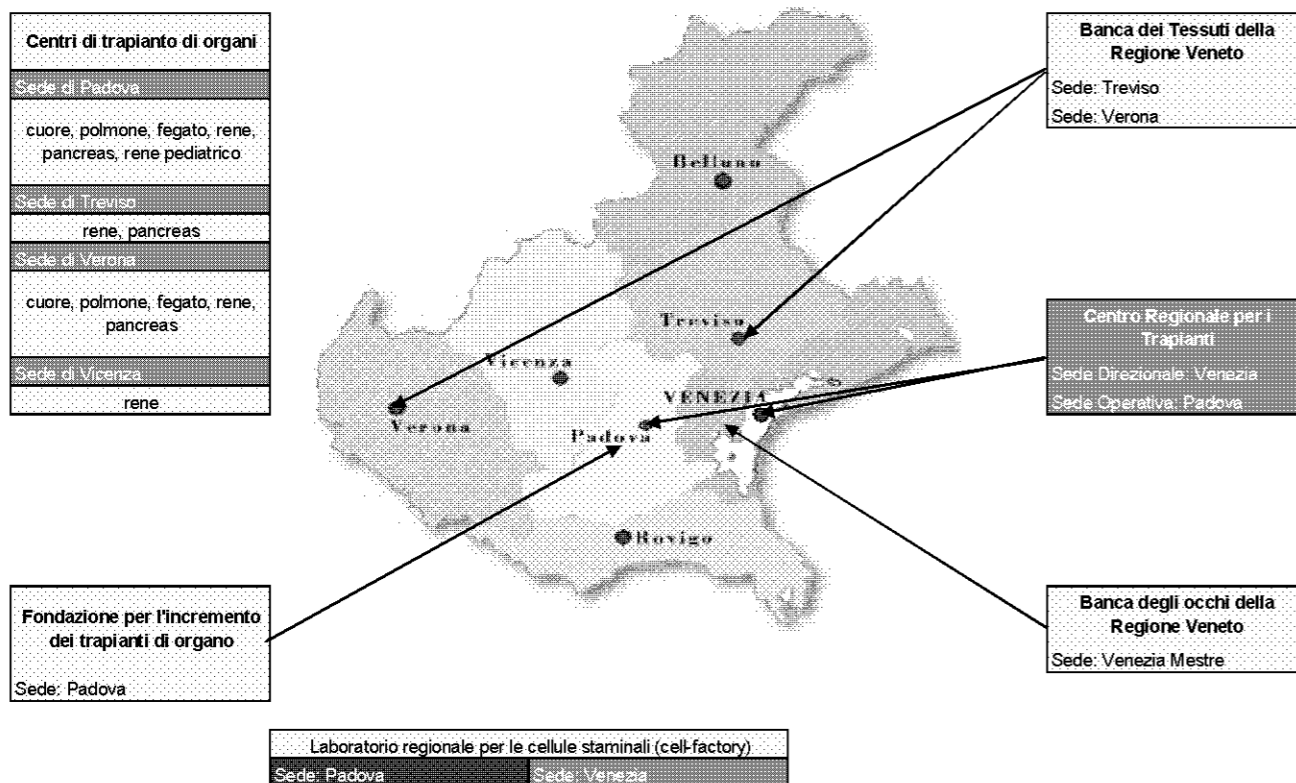
Dal punto di vista della mobilità, il Veneto rappresenta per la sanità pubblica italiana un buon sistema di riferimento che potrebbe, però, essere migliorato puntando sul potenziamento di specifici centri di eccellenza come il nuovo Polo di Padova proposto.

L'Azienda Ospedaliera di Padova è attualmente, a livello regionale, al secondo posto dopo quella di Verona per numero di ricoveri ordinari ed al primo per numero di ricoveri diurni, con un saldo, per le alte specialità, tra indice di attrazione ed indice di fuga di 1,12% (dati del 2002). In particolare tra le alte specialità assume una valenza rilevante il settore dei trapianti, come mostra la carta di seguito riportata; nel sistema regionale dei trapianti, Padova e Venezia sono candidate a rappresentare la sede per il Laboratorio regionale di cellule staminali.

¹³ DGR 3223 del 2003

Fig.3

ARCHITETTURA DEL SISTEMA DEI TRAPIANTI DEL VENETO (SRT)



Si ritiene inoltre significativo sottolineare che, in un recente studio sui sistemi di *governance* dei Sistemi Sanitari Regionali¹⁴ il “modello ospedaliero veneto” è stato classificato come “*modello accentrato ed integrato*”; un modello, cioè, altamente dotato di risorse, strumenti e capacità a livello centrale e periferico e basato sul dialogo tra Aziende e Regione, in una logica di programmazione regionale attenta agli obiettivi da raggiungere (Regione come *holding* operativa). L'indice comparativo di performance medio registrato nelle strutture pubbliche è pari a 1, con punte superiori nelle aziende di Padova e Verona¹⁵. La tabella di seguito illustrata sintetizza i dati significativi.

La Ricerca sanitaria finalizzata

La Ricerca Sanitaria Finalizzata è lo strumento mediante il quale la Regione del Veneto, a partire dagli anni '80, assegna annualmente specifiche risorse finanziarie per promuovere, sostenere e indirizzare la ricerca clinica, medico-scientifica, organizzativa e tecnologico-sanitaria, finanziando con una specifica procedura concorsuale singoli ricercatori, appoggiati da idonee strutture di ricerca, pubbliche o private. Le aziende che hanno presentato un maggior numero di progetti sono state rispettivamente le due aziende Ospedaliere di Padova e Verona.

¹⁴ Fornez Quaderno 57-aprile 2007 “Sistemi di Governance dei Sistemi Sanitari Regionali”
¹⁵ Dati Regione Veneto

Sintesi dei dati demografici, nosologici e sociali sul Veneto

- **Popolazione residente nelle Aziende sanitarie:** totale Aziende 4.646.000, di cui territorio ULSS di Padova 396.000 e territorio ULSS di Verona 448.000 Riduzione della mortalità in genere, soprattutto quella per tumori. Mortalità infantile tra le più basse del mondo
- **Tasso di invecchiamento:** gli ultrasessantacinquenni in Veneto sono passati da 815 669 (dato al 31 dic. 2002) a 888.836 (dato al 1 gennaio 2005), pari a circa il 18,9% della popolazione totale, di poco inferiore alla media nazionale italiana.
- **Indice di vecchiaia** (cioè il rapporto tra la popolazione ultrasessantacinquenne e quella con meno di 15 anni) nel 2005 è risultato di 137,5 (inferiore di mezzo punto alla media nazionale) L' invecchiamento della popolazione risulterà critico nel 2011 con le principali patologie (oltre gli 85 anni demenza nel circa 30% dei casi)
- **Tasso ufficiale standardizzato di disabili** è 40,6 per mille, pari a circa 190.000 persone. Cause di morte prevalenti e disabilità (al di sotto dei 45 anni): traumi stradali, malattie cerebro vascolari, tumori del polmone e delle vie digerenti (4 volte superiore a quella del sud)
- **Indice di fecondità** totale è pari a 1,37 contro l'1,34 della media nazionale e nel 2005 i bambini da 0-2 anni sono risultati 135.298 mentre quelli nella fascia dai 3 ai 6 anni oltre i 175.000.
- **Indice di povertà** relativa delle famiglie (ultimo dato disponibile: 2004) è del 4,6% corrispondente a 83.196 famiglie, si tratta della migliore situazione a livello nazionale dopo l'Emilia Romagna (3,6%) e la Lombardia (3,7%), contro una media nazionale pari all'11,7%, mentre l'indice di povertà relativa degli individui (cioè la percentuale della popolazione sotto la soglia della povertà) è pari al 5% (corrispondente a 229.774 individui).
- **Tasso di diffusione della pratica sportiva:** il tasso di diffusione in generale è ancora basso (meno del 30%); per quel che riguarda invece la popolazione di più di 3 anni che esercita in modo abituale la pratica sportiva la percentuale si attesta intorno al 37,6% contro una media nazionale del 31%, appena al di sotto della Lombardia (37,9%).

Sintesi dei dati sull' Assistenza Ospedaliera Veneta

- **Mobilità:** saldo mobilità passiva al 2002 (dati SIS) 4,7 valore medio buono (Liguria 10,5 - Piemonte 8,6 - Lombardia 3,8) Alcune discipline per le quali risultava al 2002 (Dati SIS) critica la mobilità risultano:
*cardiochirurgia pediatrica *neuropsichiatria infantile *medicina nucleare *radioterapia oncologica
- **Tasso di ospedalizzazione standardizzato:** ULSS di Padova totale è di 191,5 superiore a quello regionale di 188,68 (standard nazionale 160), con tasso elevato nell'area medica (71,03) ed in quella chirurgica (83,43)
- **Indicatori di appropriatezza** 2003 Fonte Oasi 2005 Università Bocconi
%dimessi da reparti chirurgici con DRG medico 27,90 (Piemonte 30,17, Lombardia 26,61-Liguria 32,43-Toscana 25,43% parti cesarei sul totale dei parti idem come sopra
ricoveri per diabete ogni 100.000 abitanti: 100,25 (Piemonte 76,57-Lombardia 1002,8-Liguria 100,69-Toscana 69,68)%di ricoveri di 1giorno per acuti in regime ordinario 10,0 (Piemonte 8,4-Lombardia 17,7 Liguria 11,7-Toscana 9,1)

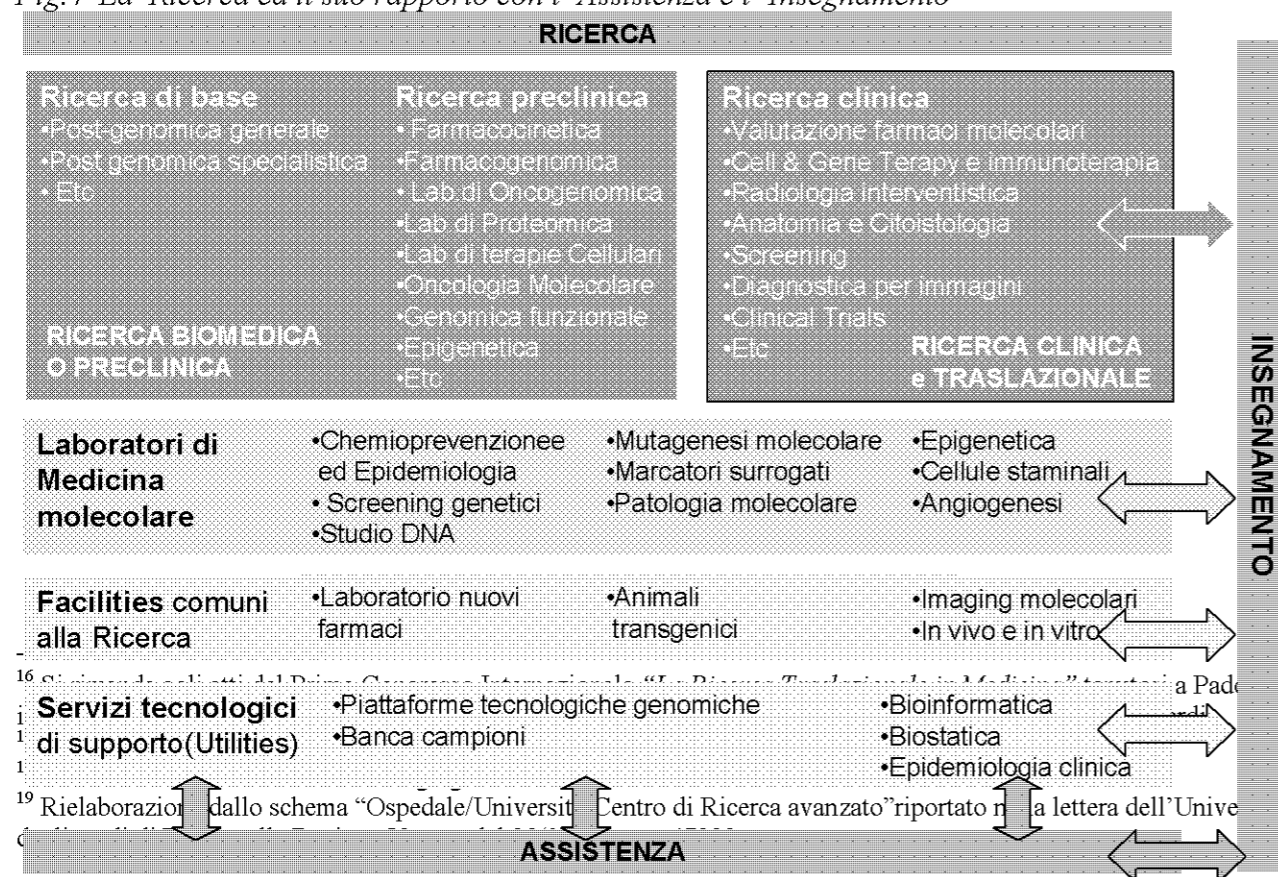
*ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario 1,6 (Piemonte1,9-Lombardia 1,0-Liguria1,5-Toscana1,4)

La ricerca applicata

Dal punto di vista della ricerca applicata, la ricerca traslazionale in medicina è tra le tematiche più in discussione nella realtà medica patavina¹⁶. La comunità scientifica mostra infatti grande interesse intorno ai possibili sviluppi di alcune tra le tecniche di cura più attuali per patologie cardiovascolari, ematologiche e neurologiche, fino ai disordini auto immunitari e all'oncologia di origine virale. Si registrano grandi sviluppi delle tecnologie innovative di tipo biomolecolare, bioingegneristico e di bioimmagini, indirizzate alla messa a punto di idonei strumenti per poter illustrare le più avanzate metodiche disponibili ed il loro utilizzo nello studio, nella diagnosi e nel trattamento delle patologie umane. Anche a livello europeo queste tematiche sono oggetto di specifici programmi di ricerca¹⁷. L'obiettivo di tali programmi è quello di "... .. giungere alla realizzazione dello Spazio Europeo della Ricerca e al rafforzamento della competitività scientifica dell'Europa"¹⁸

La figura di seguito riportata elenca le principali funzioni di Ricerca distinguendole per la ricerca di base, preclinica e clinica, e pone l'accento sui sempre più richiesti laboratori di medicina molecolare e su tutta una serie di servizi comuni (facilities) e tecnologici (utilities) di supporto alle funzioni stesse di ricerca. La figura evidenzia inoltre le necessarie interconnessioni con le funzioni legate all'insegnamento, di didattica e formazione, e con quelle dell'assistenza, con particolare riferimento alla attività clinica di diagnosi e cura¹⁹.

Fig.4 La Ricerca ed il suo rapporto con l' Assistenza e l' Insegnamento



L'insegnamento

Gli studenti iscritti alle università venete sono stati nel 2004-2005 quasi 106.000. Fra gli anni accademici 2000/2001 e 2004/2005 il numero degli immatricolati nelle Università del Veneto è cresciuto del 24% (20.582 nel 2004/2005), quota, tuttavia, ancora leggermente inferiore alla crescita media nazionale (pari al 25,5%). Presso la Facoltà di medicina e chirurgia si registrano attualmente circa 6000 studenti, con un trend in calo.

Stando agli ultimi dati disponibili (2003/2004), nelle Università del Veneto il 18% degli iscritti proviene da fuori regione e il 2,8% è cittadino straniero.

Lo IUAV di Venezia e l'Università di Verona sono gli atenei veneti più attrattivi per gli studenti non veneti, mentre a Padova, che è la più frequentata, è iscritta una percentuale consistente di cittadini stranieri. La Regione del Veneto ha stipulato apposite convenzioni con le Università degli Studi di Padova, di Verona e di Udine.

Per quanto riguarda l'offerta di formazione, la Regione sta portando avanti interessanti progetti ampliando le attuali sedi per lo svolgimento delle attività formative. Con particolare riguardo:

- alla formazione di operatori sanitari, infermieristici, tecnici, della riabilitazione e della prevenzione per i quali, in seguito al D.Lgl. n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni, la formazione avviene attraverso il canale universitario;

- alla formazione sperimentale integrata per operatori tecnici addetti all'assistenza (OTA) e operatori addetti all'assistenza (OAA);

- alla formazione specifica in medicina generale;

- alla formazione continua dei medici di medicina convenzionata, mediante accordi collettivi nazionali.

La Regione inoltre sostiene direttamente o indirettamente le iniziative in alternanza e gli scambi internazionali come elemento di arricchimento dell'offerta formativa e di inserimento lavorativo dei giovani: nel 2005 sono stati 15.982 in Italia e 483 all'estero.

Nella città di Padova l'Università è parte integrante, fonte di ricchezza culturale, sociale ed economica; il problema sostanziale è attualmente l'eccessiva frammentazione del sistema universitario nel territorio. Questo provoca problemi di relazione con il tessuto storico di Padova, aggravati dai disagi connessi ai necessari e continui interventi di adeguamento e manutenzione su edifici prevalentemente di elevata valenza storico-monumentale.

In tal senso la creazione di un nuovo Polo medico integrato con l'assistenza e la ricerca costituirà l'occasione per incentrare in un'unica area, in stretta interrelazione con il tessuto urbano, una offerta scientifico-sanitaria innovativa e di eccellenza.

Offerta che permetterà di favorire la socializzazione e l'accoglienza degli studenti e dei ricercatori generando un vero e proprio *campus* accademico sede di una nuova Scuola Medica. La realizzazione del nuovo Polo contribuire a snellire il traffico favorendo percorsi alternativi per la mobilità.

2.2 La programmazione della rete ospedaliera

Il modello sanitario e socio sanitario del Veneto è il risultato di una attenta programmazione della rete ospedaliera commisurata ed integrata con le esigenze del territorio.

Il Veneto ha infatti dato avvio al processo di organizzazione del territorio per "Area vasta"²⁰ al fine di garantire il rispetto del patto di stabilità interno e di adottare iniziative e disposizioni necessarie a ridurre la spesa per beni e servizi.

In questo quadro va inserita la programmazione veneta che in questi ultimi anni ha cercato di guardare in modo lungimirante alla rete socio sanitaria territoriale per poi intervenire sulla rete ospedaliera. Nel livello di assistenza distrettuale il "modello veneto" è ormai largamente riconosciuto tra i più efficienti ed efficaci del territorio italiano, in particolare per quanto riguarda l'ADI e le Cure Primarie.

Nel livello di assistenza ospedaliera, la Regione ha operato una attenta analisi del fabbisogno ed ha suddiviso il territorio regionale in bacini di utenza, articolando l'intera rete in tipologie ospedaliere ben precise, ciascuna caratterizzata da precise funzioni²¹.

La cartografia di seguito riportata²² sintetizza l'articolazione della rete ospedaliera del Veneto riportando tre tipologie ospedaliere:

- "ospedali di rete", indirizzati ad erogare prestazioni di diagnosi e cura connesse alle funzioni di base ed integrati con le funzioni distrettuali e collegati agli ospedali capoluogo di provincia
- "ospedali integrativi di rete", dedicati principalmente all'assistenza post-acuti e alla riabilitazione
- "ospedali capoluoghi di provincia", con funzioni ulteriori rispetto a quelli di rete e differenziati per bacino di utenza
- "ospedali poli di riferimento regionale" di alta specializzazione, con alto livello di complessità.

Secondo questa articolazione il nuovo Polo di Padova va classificato come "Polo di riferimento regionale di alta specializzazione", e deve prevedere le funzioni attribuite dalla programmazione regionale ai poli di riferimento secondo il quadro di seguito riportato.

In tale quadro vengono sintetizzate le funzioni attribuite dalla programmazione sanitaria regionale all'Azienda Ospedaliera di Padova, distinte in ;

- funzioni che prevedono posti letto di degenza
- funzioni che non prevedono posti letto di degenza.

²⁰ rif. legge regionale 405/2001

²¹ Documento Programmatico Aprile 2007

²² Documento Programmatico Aprile 2007

Fig. 5 Articolazione della rete ospedaliera

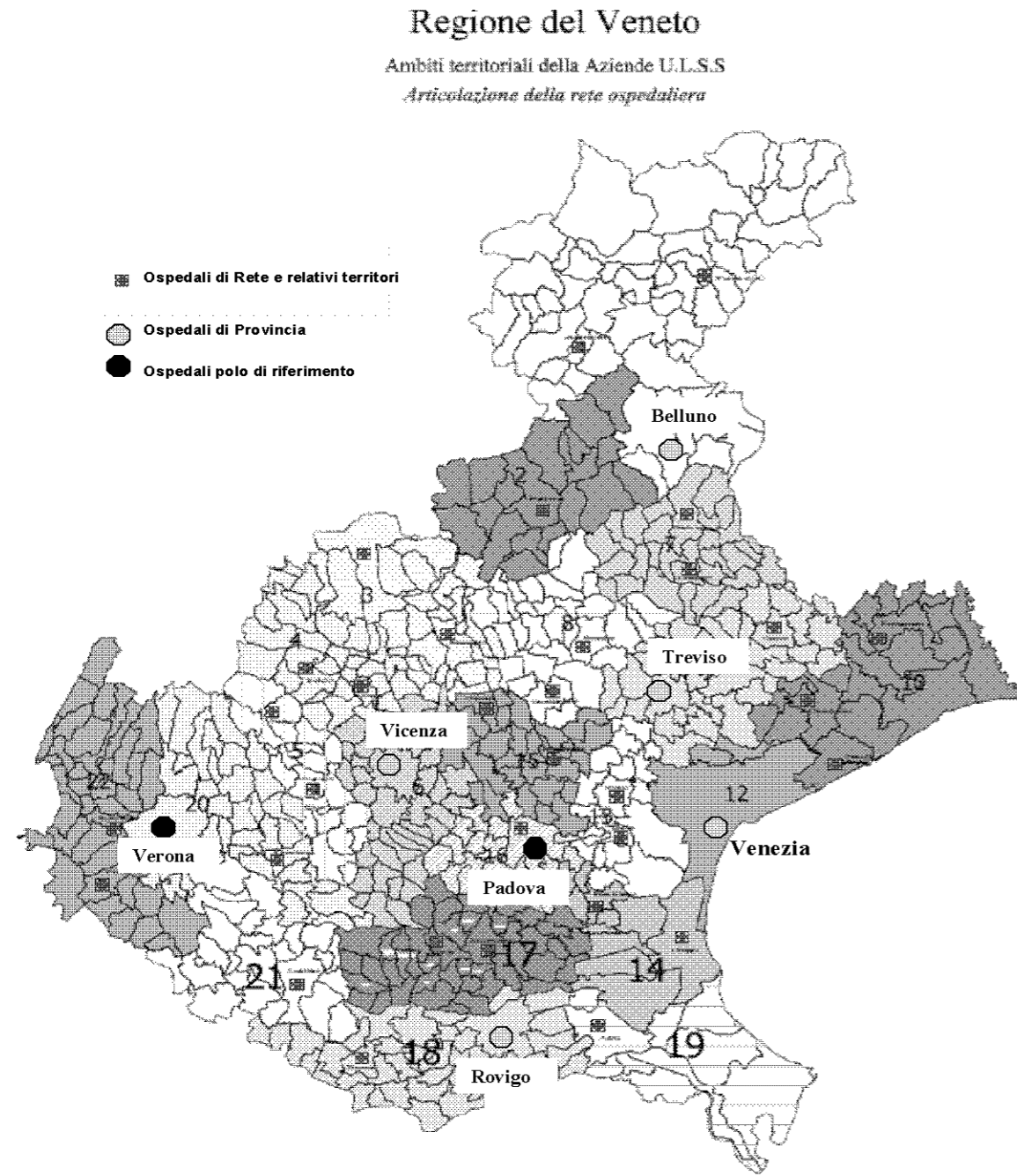


Fig. 6 Funzioni ospedaliere previste dalla programmazione regionale per l'Azienda di Padova

Azienda Ospedaliera di Padova – Policlinico DGRV 3223/02	
FUNZIONI CON DEGENZA:	FUNZIONI SENZA DEGENZA:
Medicina generale	Pronto soccorso e Osservazione Temporanea
Medicina fisica, riabilitazione e lungodegenza	Cardiologia
Chirurgia generale	Oncologia
Ortopedia e traumatologia	Psichiatria
Ostetricia e ginecologia	Anestesia e rianimazione
Pediatria	Emodialisi
Terapia intensiva e subintensiva	Radiologia
	Laboratorio analisi
Cardiologia	Dermatologia
Geriatria	Pneumologia
Nefrologia e dialisi	Istologia e Anatomia patologica
Neurologia	
Psichiatria	
Urologia	
Oculistica	
Otorinolaringoiatria	
Oncologia	Gastroenterologia
Pneumologia	Malattie endocrine
Terapia intensiva neonatale	Medicina trasfusionale
Radioterapia	Centrale operativa emergenze
Dermatologia	Medicina nucleare
Malattie infettive	Terapia del dolore e cure palliative
Gastroenterologia	Fisica sanitaria
Malattie endocrine	
Chirurgia maxillo facciale	
Chirurgia vascolare	
Neurochirurgia	
Ematologia	Medicina Legale
Cardiochirurgia	Microbiologia e virologia
Chirurgia plastica	Neuroradiologia
Chirurgia toracica	
Angiologia	
Immunologia	Dietetica e nutrizione clinica
Fisiopatologia respiratoria	Medicina dello sport
Medicina del Lavoro	Citologia diagnostica e molecolare
Neuropsichiatria	Genetica
Reumatologia	Radiologia radioterapica
Emato-oncologia pediatrica	Senologia diagnostica
Chirurgia plastica pediatrica	Tossicologia forense
Cardiochirurgia pediatrica	
Grandi Ustioni	
Unità Spinale	
Azienda Ospedaliera di Padova – Policlinico DGRV 751/05	
Unità complessa di Andrologia	
Centro Regionale di Riferimento Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)	

2.3 Il processo organizzativo per un nuovo Sistema Integrato

Il nuovo Polo di Padova si configura come un Sistema Integrato, suddiviso in Subsistemi rappresentati dall'Assistenza, a carattere ospedaliero, dalla Ricerca clinico-universitaria e dall'Insegnamento, con finalità didattiche e formative.

Il tema del rapporto Città-Università è stato (ed è) oggetto di dibattito²³: un problema sostanziale è "... la frammentazione del sistema universitario nel territorio; questo provoca problemi di relazione con il tessuto storico di Padova,..." problemi dovuti anche alla "... continua presenza di cantieri (manutenzione straordinaria su edifici sostanzialmente con valore storico e monumentale)".

Il confronto dialettico lascia intravedere due possibili scenari :

- potenziare il sistema per poli all'interno del contesto storico cittadino
- organizzare un vero e proprio *campus* universitario esterno alla città (modello americano).

La scelta, per motivi anche finanziari, ma soprattutto sociali e culturali (l'Università è da sempre parte integrante della città di Padova) è orientata verso il sistema a poli di tipo medico, giuridico, scientifico, umanistico ed amministrativo.

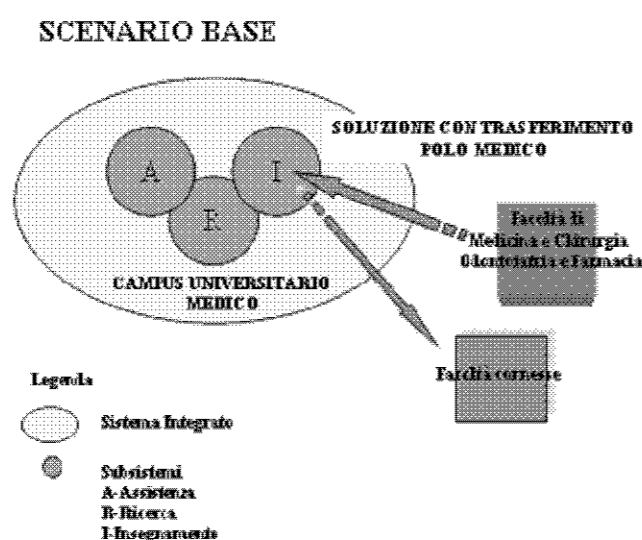
Con l'intervento in esame il binomio Città-Università si trasforma nel trinomio Ospedale-Università-Città, realizzato mediante "... una struttura aperta ai rapporti internazionali per attività di assistenza, didattica e ricerca, con particolare riferimento ai Paesi dell'UE e Alpe Andria"²⁴

I rapporti reciproci tra le componenti del trinomio possono generare scenari organizzativi diversi.

Di seguito viene illustrato quello che può essere considerato lo "Scenario base", che prevede la riallocazione del Polo medico didattico nel Sistema Integrato e la realizzazione di un *campus* accademico, interrelazionato con le altre facoltà connesse

La figura schematizza lo "Scenario base" a cui, nel seguito, si farà riferimento.

Fig. 7 Grafico di sintesi del Sistema Integrato



Il nuovo Polo dovrà pertanto distinguersi per l'offerta di prestazioni di eccellenza, ponendosi come Sistema di alta Assistenza, di Diagnostica avanzata e di Terapie innovative. Nella nuova struttura si

²³ Si veda il Report -tavolo tematico n°5 -Padova-del 17-05-07 "Processo partecipato per il Quartiere 1-Padova Centro www.fram-menti.it

²⁴ Questo aspetto rappresenta uno dei "punti ineludibili" per la Facoltà di Medicina dell'Università di Padova come desunti dagli incontri del 08.09.2008 e del 21.10.2008

svolgerà una attività di ricerca nelle principali aree specialistiche individuate dall'analisi del fabbisogno sanitario. Oltre all'attività di ricerca si svilupperà una attività accademica di elevato prestigio mediante la riallocazione, in una unica sede, della Facoltà di Medicina e Chirurgia, della Facoltà di Odontoiatria e di Farmacia, ora disseminate nel territorio padovano. La nuova sede accademica interagirà con le altre Facoltà, a carattere psicologico-sociale e tecnico-scientifico, al fine di ottenere un insegnamento ed una formazione veramente integrata.

Di seguito vengono elencate le principali caratteristiche organizzative del nuovo Polo, nell'accezione di Sistema Integrato per l'Assistenza, La Ricerca e l'Insegnamento

➤ Assistenza

L'assistenza nel nuovo Polo sarà caratterizzata da prestazioni ad alta tecnologia per patologie acute e sarà diversificata per tipologia di pazienti con particolare riguardo per il bambino e la madre, per l'anziano e per il malato oncologico.

L'organizzazione del nuovo Polo sarà concepita per "intensità di cure" è quindi basata sulle reali esigenze del paziente e delle sue necessità terapeutiche e quindi terrà conto dell'intensità delle cure relative allo specifico processo clinico. Questo tipo di approccio permette di superare la vecchia concezione di "reparto" con letti prefissati per le diverse discipline specialistiche e di impostare una nuova organizzazione dipartimentale per aree funzionali omogenee con utilizzo flessibile in funzione delle diverse necessità. Ciò consente un utilizzo appropriato degli spazi da destinare all'Assistenza ottenendo al contempo una ottimizzazione nel dimensionamento degli spazi stessi: è dimostrato che, con un utilizzo appropriato della struttura, un ospedale di dimensioni contenute può servire una notevole area geografica.

Il nuovo Polo pertanto propone i seguenti livelli di organizzazione in relazione alla diversa "intensità di cure" e alle diverse tipologie di paziente:

- Degenze intensive e semintensive
- Degenze per acuti (Area Medica e Chirurgica, Area Materno-infantile, Area geriatria)
- Degenze diurne (Day Hospital, Day Surgery)
- Ambulatori integrati (Day Service)

Il nuovo Polo, con tale organizzazione sarà in grado di rispondere in maniera flessibile alle esigenze del paziente-utente. In tal senso i "servizi" che il Polo sarà in grado di offrire sono da intendere come insieme di prestazioni atte a soddisfare bisogni individuali e collettivi delle persone che usufruiranno del nuova struttura.

La creazione del nuovo Polo comporterà un ridisegno complessivo dell'intera rete assistenziale del territorio di Padova. Nel nuovo Polo confluiranno servizi e funzioni ora localizzate in varie strutture ospedaliere quali, in particolare, le funzioni pediatriche e le funzioni oncologiche, quest'ultime localizzate attualmente nell'Istituto Oncologico del Veneto (IOV), che farà parte integrante del nuovo insediamento.

Anche nei confronti degli anziani, la confluenza delle prestazioni specialistiche e di alta assistenza all'interno del nuovo Polo permetterà di concentrare in un unico punto di riferimento i vari servizi ora sparsi in strutture ospedaliere e territoriali, consentendone l'ottimizzazione.

Il nuovo Polo quindi si porrà come il futuro cardine attorno al quale ruoterà l'intera rete della salute metropolitana e diventerà esso stesso un sistema integrato della salute, strettamente interrelato con l'area vasta ospedaliera territoriale.

In tal senso la Regione sta avviando un programma di riordino dell'intera rete in cui ogni tassello, rappresentato dalle strutture ospedaliere e territoriali, viene riorganizzato, ridestinato, dismesso o potenziato in funzione del nuovo Polo della salute e dei suoi necessari collegamenti con le altre realtà del territorio. Il programma tiene conto delle due situazioni che si presenteranno nei prossimi anni: la

prima situazione che deve assicurare la continuità di erogazione dei servizi nelle attuali strutture in sicurezza ed efficienza e la seconda situazione, quella a regime, una volta realizzato il nuovo Polo.

Ciò comporta per la Regione una attenta pianificazione a breve termine degli interventi strutturali e tecnologici nelle esistenti strutture che necessitano di interventi urgenti per il normale funzionamento e, al tempo stesso, una impegnativa previsione a lungo termine delle operazioni di dismissione di servizi, nonché di trasferimento e attivazione di nuovi servizi nel nuovo Polo e nelle strutture territoriali coinvolte.

La connotazione del nuovo Polo infatti, come meglio descritto in seguito, pone il Polo stesso come riferimento prioritario per le alte specialità e di conseguenza impone la presenza nel territorio di idonee strutture che assicurino la necessaria continuità dei percorsi terapeutici e riabilitativi.

A titolo esemplificativo vengono elencate di seguito le principali alte specialità, i più avanzati servizi diagnostici e terapeutici e le aree specialistiche che verranno collocati nel nuovo Polo e che caratterizzano funzionalmente la futura Assistenza²⁵

Principali alte specialità²⁶

Emergenze

Trauma System e Trauma Center

Grandi ustioni

Unità spinali

Cardiologia medico-chirurgica

Neurologia, ad indirizzo chirurgico

Nefrourologia

Trapianti e riparazione d'organi²⁷

Oncoematologia

Pneumologia oncologica

Radioterapia oncologica

Malattie vascolari Ginecologia oncologica

Malattie rare (del metabolismo ed oculari)

Diagnostiche e Terapie innovative

Chirurgia avanzata mininvasiva

Radiologia interventistica

Biotecnologie e Bioimmagini

Terapia malattie genetiche (Network malattie rare)

Terapie non convenzionali

Principali aree specialistiche

Area Oncologica

Area delle Neuroscienze

Area Cardiologica

Area Materno-infantile

Area Geriatrica

➤ **Ricerca**

²⁵ Per il dettaglio confrontare il Cap.5 Configurazione del nuovo Polo

²⁶ DM 29/01/02 "Alte Specialità"
Ministero della salute-Centri di Riferimento (Progetto Mattoni e Sanità 2/12/03)

²⁷ Compreso il coordinamento interregionale dei prelievi multiorgano a fine di trapianto

La Ricerca nel nuovo Polo verrà altamente potenziata con un notevole incremento degli spazi destinati a laboratori ed a tecnologie di supporto, e verrà organizzata secondo una logica di "... indissolubilità anche spaziale, perché culturale e strategica, tra la ricerca preclinica e clinica"²⁸.

La Ricerca diventa nel nuovo Polo, come già evidenziato, occasione di sviluppo del mercato imprenditoriale. Sono infatti previste "... aree per le imprese high tech, per spin off di ricerca e per il technology transfert, in collegamento con i laboratori di ricerca del nuovo Polo (ricerca di base, fisiopatologia, traslazionale, clinica)"²⁹

La Ricerca nel nuovo Polo, quindi, sarà organizzata da una serie di servizi di laboratorio e di aree dedicate alla sperimentazione di nuove terapie e da una serie di servizi comuni, come di seguito elencato.

Servizi di Ricerca Avanzata³⁰

- **SERVIZI DI LABORATORIO E TERAPIE INNOVATIVE** per
 - Area delle scienze Biomediche e o precliniche
 - Area della ricerca clinica e traslazionale
 - Area della medicina molecolare
- **SERVIZI COMUNI ALLA RICERCA**
 - Servizi di Facilities (Laboratori e Imaging molecolari in vivo)
 - Servizi di Utilities (Servizi tecnologici di supporto)
 - Servizi per studi e ricerche

➤ **Insegnamento**

L'insegnamento, infine, trova nel nuovo Polo, la sua necessaria integrazione con l'Assistenza e la Ricerca. In tal senso il nuovo Polo, concepito come un Campus accademico, diventerà una "... Unità logistico-strutturale e viaria con sguardo ai modelli più evoluti dei Centri di Medicina accademici nazionali ed internazionali..."³¹ in cui la didattica e la formazione continua sono concepite in "... un unicum di ricerca e assistenza con spazi residenziali..."³². In tal modo la Facoltà Medica si posizionerà "... al centro di una rete di poli didattici, scientifici e assistenziali"³³

Di seguito vengono elencate le principali Facoltà che saranno presenti nel nuovo Polo e le principali altre Facoltà che ad esse saranno collegate.

Facoltà universitarie coinvolte

²⁸ Altro aspetto dei "punti ineludibili" per la Facoltà di Medicina dell'Università di Padova come desunti dagli incontri del 08.09.2008 e del 21.10.2008

²⁹ Ibidem

³⁰ Documento già citato dell'Università degli Studi di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia Medical School "Sintesi delle delibere assunte dal Consiglio di Facoltà in Medicina e Chirurgia in merito al progetto "Nuovo ospedale" del 25/01/08

³¹ Altro aspetto dei "punti ineludibili" per la Facoltà di Medicina dell'Università di Padova come desunti dagli incontri del 08.09.2008 e del 21.10.2008

³² Ibidem

³³ Ibidem

FACOLTÀ PRESENTI NEL POLO

- Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Facoltà di Odontoiatria
- Facoltà di Farmacia

principali FACOLTA' COLLEGATE

- Facoltà di Ingegneria
 - Corso di Laurea in Ingegneria Biomedica
 - Corso di Laurea Specialistica in Bioingegneria
- Facoltà di Scienze Statistiche
- Facoltà di Economia
 - Corso di laurea in economia e direzione aziendale
- Facoltà di Scienze della Formazione
- Facoltà di Psicologia
- Facoltà di Medicina Veterinaria

3. Obiettivi generali e strategie di intervento

3.1 La connotazione del nuovo Polo

Il nuovo Polo avrà, per quanto già evidenziato, le caratteristiche di un “*Major Teaching & Research Hospital*”,³⁴ ovvero di un centro polispecialistico all'avanguardia per l'Assistenza, la Ricerca avanzata e l'Insegnamento multidisciplinare, con potenziale attrattivo a scala regionale, nazionale ed internazionale e con elevate capacità operative, organizzative, di comunicazione ed interazione con la rete dell'eccellenza. Il nuovo Polo dovrà rappresentare un laboratorio di *know-how* a 360° del sistema salute e dovrà proporre modelli organizzativi flessibili, con requisiti di *leadership* tali da gestire una operatività di alto valore.

In linea con le attese istituzionali la connotazione del nuovo Polo deve partire dalle tre parole chiave “Guarire, Insegnare, Scoprire” (To Heal. To Teach. To Discover:³⁵) interpretate nel loro reciproco rapporto e tradotte in accordo alle migliori e più avanzate esperienze analizzate.

Il percorso di connotazione deve articolarsi attorno al concetto di Eccellenza, correlato ad una adeguata specificazione della *Mission* e *Vision* che dovranno caratterizzare il nuovo Polo.

Eccellenza

L'Eccellenza di una struttura può essere definita come la capacità della struttura stessa di offrire prestazioni di qualità superiore e di raggiungere simultaneamente “...un elevato grado di soddisfazione delle esigenze divergenti dei diversi attori”³⁶.

Per il nuovo Polo l'Eccellenza sarà sostanziata dal soddisfacimento delle esigenze di tutti gli utenti, dal paziente al personale agli studenti. In tal senso il nuovo Polo dovrà divenire il riferimento

³⁴ In conformità con quanto espresso dal già citato Documento dell'Università degli Studi di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia Medical School “*Sintesi delle delibere assunte dal Consiglio di Facoltà in Medicina e Chirurgia in merito al progetto “Nuovo ospedale” del 25/01/08*”

³⁵ Estratto da *University Hospital Case Medical Center, Cleveland*),

³⁶ Ministero della Salute “Linee Guida per i Centri di Eccellenza” settembre 2003

dell'intera rete socio sanitaria regionale ed extraregionale ed assumerà un ruolo di preminenza nel campo dell'alta assistenza, della ricerca avanzata e dell'insegnamento innovativo.

L'eccellenza verrà perseguita con il raggiungimento simultaneo di elevati *standard* di qualità, strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali per tutte le tipologie di servizi che verranno offerti.

Per quanto finora già detto e al fine di ottimizzare la qualità assistenziale, i servizi saranno connotati da una funzione clinico-assistenziale e diagnostica d'avanguardia, integrata con l'applicazione di terapie innovative. Per garantire la qualità della ricerca, i servizi offerti avranno la funzione di attivare programmi policentrici di ricerca clinica e di interscambio scientifico. Saranno inoltre garantite funzioni didattiche e formative costantemente aggiornate ed innovative, sia di tipo applicativo che di didattica simulata ed a distanza. Al raggiungimento degli *standard* di eccellenza contribuiranno i servizi di supporto riguardanti la gestione amministrativa, la logistica, i servizi dedicati alle relazioni esterne e all'accoglienza.

Mission

Il nuovo Polo dovrà divenire il luogo destinato a prestazioni di eccellenza e quindi si configurerà come “*Centro operativo di tipo ospedaliero che coniuga insieme: i) un'elevata qualità operativa clinica e gestionale, ii) l'essere un Centro di ricerca clinica e traslazionale iii) l'essere un Centro di formazione continua*”³⁷.

L'impegno massimo è quello di sostenere e mantenere una cultura collaborativa e moderna, supportata da strutture di elevata qualità e da una visione integrata e strategica della ricerca, dalla quale viene generata la maggior parte delle risorse per la futura operatività.

La realizzazione del nuovo Polo è un'opportunità unica che consentirà di:

- razionalizzare e riorganizzare la rete ospedaliera di Padova, con trasferimenti funzionali strategici
- riallocare, potenziare e coordinare le strutture destinate alla ricerca, dando luogo a modelli interattivi (ad esempio rendendo disponibili i risultati di laboratorio direttamente a “bordo letto”) e strettamente correlati con il mondo produttivo, in modo da fornire “prodotti” atti a migliorare la qualità della vita
- progettare e condurre a completamento una serie di programmi multidisciplinari ed interdipartimentali
- istituire un'organizzazione della ricerca tale da facilitare lo sviluppo strategico della stessa.

Vision

Vengono di seguito evidenziati alcuni aspetti che aiutano ad esemplificare la nuova visione.

- Centralità della persona, dal paziente al personale allo studente
- Partecipazione degli utenti
- Professionalità degli operatori
- Innovazione tecnologica
- Comunicazione e trasferimento di *know-how*
- Accredimento internazionale

3.2 Lo stato dell'arte e le priorità rilevate

Da quanto evidenziato, il nuovo Polo dovrà essere impostato su priorità strettamente collegate al concetto di eccellenza, priorità che possono riassumersi nella capacità di realizzare un sistema in grado di essere:

³⁷ Definizione della *mission* di un Centro di eccellenza riportata nelle “Linee guida per i Centri di Eccellenza” del Ministero della salute, settembre 2003

- a) eccellente per gli utenti
- b) eccellente per il personale e gli studenti
- c) all'avanguardia
- d) centro di valori.

a) Sistema eccellente per gli utenti

L'eccellenza per gli utenti si può tradurre sostanzialmente nei seguenti aspetti che dovranno caratterizzare la struttura in esame:

- una Struttura con accreditamento di eccellenza
- una Struttura che si cura della persona
- una Struttura innovativa nei servizi alla persona
- una Struttura su cui la società vuole investire

Una Struttura con accreditamento di eccellenza

Il nuovo Polo costituirà un sistema accreditato a livello internazionale cioè certificato da organismi indipendenti ai vertici delle classifiche mondiali, i cui risultati vengono normalmente pubblicati in completa trasparenza. L'accreditamento di eccellenza seguirà una logica di tipo comparativo fra realtà omogenee, propria dei sistemi di *benchmark* e si proporrà di sostenere un documentato miglioramento incrementale della qualità dell'assistenza, integrata alla qualità dell'insegnamento e della ricerca. In tal senso il metodo di misurazione sarà tale da registrare e valorizzare il dovuto dinamismo di ogni processo di crescita professionale³⁸.

Una Struttura che si cura della persona

Umanità e competenza degli operatori sono i requisiti richiesti per una assistenza di eccellenza, che deve tradursi in cure appropriate, *comfort* e sorveglianza.

Prendersi cura della persona significa instaurare un rapporto di fiducia sia con il paziente che con i familiari, soprattutto nei soggetti più fragili. A tal proposito un sistema eccellente deve tener conto delle necessità di cura dei bambini, dalla nascita all'età adolescenziale, fornendo servizi in un ambiente progettato a misura del fanciullo e della sua famiglia. Particolare attenzione va rivolta alla salute della donna in una visione di continua trasformabilità delle modalità di cura, tenendo conto delle differenze sessuali e di genere in campo biologico, fisiologico e di risposta alla malattia, al fine di migliorare la salute e la qualità della vita.

Una Struttura su cui la società vuole investire

Una Struttura con le caratteristiche sopra evidenziate e che è in grado di erogare un superiore livello di assistenza, una sofisticata ricerca ed un insegnamento all'avanguardia è senza dubbio una struttura su cui la società è disposta ad investire.

Il nuovo Polo dovrà essere in grado di attivare circuiti di attrazione di risorse non istituzionali, destinate alla realizzazione delle strutture sanitarie, ad acquisire le più aggiornate tecnologie, ad educare lo staff medico, a migliorare i programmi di comunità, a sostenere i meno abbienti.

Il Polo dovrà risultare attraente per le principali Aziende che producono sistemi per la Sanità, quale banco di prova per le tecnologie e le soluzioni più innovative, da attivare attraverso rapporti di *partnership*.

La qualificazione ed il prestigio della nuova struttura dovranno essere tali da renderla destinataria di risorse *non profit*, quali le donazioni.

b) Sistema eccellente per il personale e gli studenti

L'eccellenza per il personale e gli studenti può essere rappresentata da una Struttura in grado di :

- promuovere, facilitare, accogliere
- far sentire l'identità
- utilizzare la diversità

Promuovere, facilitare, accogliere

Il nuovo Polo dovrà promuovere cultura, aggiornamento ed innovazione per divenire un centro satellite per formazione e ricerca (inclusa la formazione continua del personale del Servizio Sanitario Regionale) in collegamento con centri nazionali ed internazionali.

Dovrà pertanto disporre di opportuni servizi per gli operatori e disporre di una struttura alberghiera per professori e ricercatori in visita temporanea.

Sarà inoltre dotato di un vero e proprio *campus* universitario.

Far sentire l'identità

Una struttura di eccellenza, quale quella del nuovo Polo, sarà in grado di suscitare tra gli operatori un elevato spirito di appartenenza allo stesso sistema, nel quale si potrà essere orgogliosi di lavorare, di vedere assicurato uno sviluppo professionale competitivo e remunerativo avvertendo la sensazione di fare ciò che prioritariamente si è scelto di fare: la migliore assistenza ai pazienti.

In questo modo si potranno ottenere il massimo livello di coinvolgimento, l'elevato addestramento, il continuo aggiornamento professionale e la forte capacità di guida.

Utilizzare la diversità

La Struttura sarà aperta alla diversità. In tal senso sarà predisposto un apposito ufficio per l'educazione medica, rivolto agli operatori ed agli studenti di ogni parte d'Italia e del mondo con lo scopo di sviluppare:

- iniziative per estendere l'area di influenza, in Italia ed all'estero, da cui selezionare i migliori professionisti da avviare alla ricerca biomedica
- programmi di addestramento a breve termine
- "programmi ponte" da un titolo di studio all'altro, con una Scuola Permanente per dipendenti del Servizio Sanitario Regionale che vogliono "cambiare"
- sarà curata la gestione di convenzioni con Paesi del Terzo e Quarto Mondo, per attivare programmi, in particolare di formazione del personale, in grado di far evolvere il sistema sanitari dei Paesi collegati

c) Sistema all'avanguardia

Il nuovo Polo rappresenterà un "Sistema Integrato" all'avanguardia nel campo:

- della robotica
- della didattica e dell'addestramento con metodiche di simulazione (*mock operating theatre and wards*)
- dell'informatica biomedica
- delle nanobiotecnologie
- della terapia genetica

d) Centro di valori

Il nuovo Polo dovrà divenire un sistema nodale, interrelazionato con il sistema urbano, con la rete industriale e con le reti cliniche e scientifiche di eccellenza, in grado di rappresentare un punto di riferimento per i cittadini di Padova e del Veneto, così come per ricercatori italiani ed internazionali e per medici. In tal senso permetterà di sviluppare, sperimentare e diffondere modelli organizzativi-

³⁸ Ministero della salute – Progetto Mattoni "Ospedali di Riferimento"

assistenziali avanzati (al servizio della sanità veneta ed italiana) e di contribuire efficacemente al benessere sociale ed economico del Veneto divenendo in tal senso un generatore di valore.³⁹

3.3 Principi e Requisiti guida

L'*Eccellenza*, la *Mission* e la *Vision* - come sopra delineate - connotano il nuovo Polo e consentono di individuare i "Principi guida" dell'intervento, ovvero gli indirizzi verso i quali incanalare le scelte realizzative ed organizzative.

In linea con le attuali tendenze di progettazione dei nuovi modelli di ospedali ad alta tecnologia⁴⁰, i Principi vengono declinati in specifici "Requisiti" ritenuti qualificanti ed indifferibili per il buon esito dell'iniziativa. Attraverso Principi e Requisiti si può arrivare a formulare il quadro essenziale della Committenza.

Il primo Principio è riferito alla *localizzazione* del nuovo Polo; l'area dovrà risultare strategica rispetto al territorio interessato in modo da facilitare l'integrazione e la interattività con il contesto urbano e permettere, al contempo, facilità di accesso (normale e di emergenza) e fruibilità differenziata in funzione delle diverse esigenze. L'area dovrà, altresì, garantire la massima sicurezza agli utenti e risultare pertanto lontana da ogni possibile fonte di inquinamento.

Il secondo Principio si riferisce al tipo di *organizzazione* funzionale del nuovo Polo, che, in una logica di Sistema Integrato, dovrà concepire in modo sinergico assistenza, ricerca e insegnamento; una organizzazione che dovrà integrarsi con la rete ospedaliera ed universitaria del Triveneto relazionarsi a scala internazionale e risultare strettamente interrelata con la rete produttiva ed industriale del territorio regionale.

Il terzo Principio riguarda l'*appropriatezza* da intendersi innanzitutto in termini di eccellenza riferita ad ogni area specialistica presente e come sviluppo dei servizi di diagnostica avanzata e della applicazione di terapie innovative in una logica di ottimizzazione delle risorse. La stessa ottimizzazione dovrà trasferire l'*appropriatezza* anche nella gestione multispecialistica dei problemi clinici complessi e nella sperimentazione di modelli organizzativi-assistenziali avanzati.

Il quarto Principio assunto è la *flessibilità*, principio-guida delle soluzioni progettuali, da intendersi nella accezione più vasta di adattabilità organizzativa, di trasformabilità funzionale ed ampliabilità spaziale, così come di riconvertibilità tecnologica.

Il quinto Principio incentra nella *ricerca avanzata* e nell'*innovazione tecnologica* la sfida culturale e scientifica dell'intera iniziativa, puntando sull'implementazione dell'ICT, sulla sperimentazione di strumenti tecnologici sanitari avanzati, sullo sviluppo delle biotecnologie applicate e dei laboratori di ricerca, sul corretto utilizzo della robotica e delle attrezzature biomedicali innovative. Ricerca ed innovazione vanno riferite anche a gli aspetti infrastrutturali disegnando un complesso ad elevata affidabilità edilizia e tecnologica ed ancorato, progettualmente, a criteri di sostenibilità ambientale.

Il sesto Principio focalizza l'attenzione sulla *didattica avanzata* ed integrata, come mezzo di promozione del dialogo clinico, in continua interattività con la ricerca e l'assistenza, facilitata per questo dallo sviluppo della telemedicina e teleassistenza e da tecniche e metodi di addestramento simulato; didattica che comporta una struttura in grado di facilitare lo svolgimento delle attività garantendo la massima fruibilità ed attrezzabilità degli spazi e degli elementi tecnologici ed offrendo idonee aree per la congressualità.

Il settimo Principio, dell'*umanizzazione ed accoglienza*, assurge al ruolo di principio ispiratore dell'iniziativa, specie in vista di quella che sarà la soluzione progettuale. Il principio parte dal concetto di centralità della persona e in questi ultimi anni ha contribuito a modificare i canoni stessi della progettazione del modello ospedaliero, migliorando la tutela della *privacy*, il rispetto

dell'individuo, il *comfort* di tipo alberghiero, il facile orientamento ed il potenziamento degli spazi per l'accoglienza e la socialità.

L'ottavo Principio riguarda un aspetto molto rilevante e spesso sottovalutato in iniziative simili, quello cioè della *mobilità*, nell'accezione di trasportabilità e trasferibilità di persone e materiali. Comporta una attenta analisi sulla selettività dei flussi, sulla velocità dei collegamenti, sull'assistenza nei trasporti del paziente e della famiglia e sull'automazione della movimentazione di materiale.

Il nono Principio riguarda l'*interscambio*, ovvero il trasferimento di modelli organizzativi - assistenziali avanzati (traslazione), quale arricchimento culturale e spirituale.

Il decimo Principio del Decalogo è l'*accreditamento*: il nuovo Polo deve garantire l'eccellenza di servizi, accreditati al più elevato livello e formalmente certificati a livello internazionale.

La tabella che segue ricapitola i Principi del Decalogo ed i Requisiti che li connotano.

4. L'assetto organizzativo del nuovo Polo

4.1 Il Metodo seguito

L'assetto funzionale del nuovo Polo è stato definito seguendo un metodo di tipo sistemico: si è concepito il nuovo Polo come un insieme integrato di elementi, aggregati nelle macrofunzioni di Assistenza, Ricerca, Insegnamento e Supporto ("assetto aziendale integrato"). Ogni macrofunzione aggregata si identifica in un "Sottosistema" il quale, a sua volta, è scomponibile in "servizi" e singole "funzioni", in una logica di *breaking down*.

La definizione dei singoli servizi e specifiche funzioni viene descritta in seguito nella "Classificazione funzionale". L'interrelazione delle funzioni ed una ipotesi di gestione dei flussi di utenti ha suggerito un "Modello organizzativo" congruente con la connotazione individuata, rispettoso dello scenario base precedentemente fissato e compatibile con le analisi svolte.

In altri termini si è passati dallo scenario base al modello organizzativo, ipotizzando una possibile ed ottimale distribuzione dei flussi degli utenti in entrata ed in uscita, in una logica di massima efficienza di gestione complessiva.

4.2 Assetto aziendale integrato

Nei grafici che seguono viene evidenziato il primo livello di scomposizione del Sistema Integrato, quale dovrà essere il nuovo Polo.

Per i diversi Sottosistemi viene delineato il successivo livello di scomposizione strutturata, la cui definizione di dettaglio deve essere demandata a fasi di più approfondito studio del modello organizzativo, in quanto strettamente dipendente dalle politiche attuative degli assetti aziendali.

In particolare per il Sottosistema dell'Assistenza l'ulteriore scomposizione prevede l'organizzazione in:

- Raggruppamenti di funzioni con caratteristiche tecnologiche di altissima rilevanza quali quelle per la ricerca clinica e la diagnosi e terapia
- Dipartimenti organizzati per aree funzionali omogenee⁴¹
- Aree di alta assistenza distinte per tipologia di paziente: adulto, bambino-madre, anziano, con particolare attenzione alle patologie oncologiche

Ogni tipo di organizzazione svilupperà degli assi aziendali di responsabilità che vedranno il coinvolgimento di Unità Operative (U.U.O.O.) semplici e complesse, ed una articolazione programmata per moduli di attività e di degenza tali da garantire prestazioni efficaci ed efficienti e di altissima qualità.

³⁹ Vedi Documenti Regione Veneto "Il valore generato per gli interlocutori sociali" 2005

⁴⁰ Si ricorda a tal proposito il Modello di ospedale del Ministero della salute 2001

⁴¹ I Dipartimenti sono da intendersi di tipo integrato (assistenza-ricerca-insegnamento) in conformità con le direttive del D.Lgs. 517/99

IL DECALOGO per il nuovo Polo

1. Localizzazione strategica
 - integrazione ed interattività con il contesto urbano
 - facilità di accesso
 - fruibilità differenziata
 - sicurezza del sito e compatibilità ambientale
2. Organizzazione integrata
 - integrazione di assistenza – ricerca - insegnamento
 - integrazione con la rete ospedaliera ed universitaria del Triveneto
 - integrazione con la rete ospedaliera ed universitaria internazionale
 - integrazione con la rete produttiva e industriale
3. Appropriattezza
 - eccellenza in ogni area specialistica presente
 - sviluppo di servizi per diagnostica avanzata e terapie innovative
 - gestione multispecialistica dei problemi clinici complessi
 - sperimentazione di modelli organizzativi-assistenziali avanzati
4. Flessibilità
 - adattabilità organizzativa-funzionale
 - trasformabilità funzionale ed ampliabilità
 - riconvertibilità tecnologica
5. Ricerca avanzata e Innovazione tecnologica
 - potenziamento ed implementazione dell' ICT
 - sperimentazione di strumenti tecnologici sanitari avanzati
 - sviluppo delle biotecnologie applicate e dei laboratori di rice
 - corretto utilizzo della robotica e delle attrezzature biomedicali
 - affidabilità edilizia e tecnologica
 - sostenibilità ambientale
6. Didattica avanzata
 - promozione del dialogo clinico ed interattività fra ricerca e assistenza
 - sviluppo di telemedicina e teleassistenza
 - sviluppo di tecniche e metodi di addestramento simulato
 - fruibilità ed attrezzabilità degli spazi e degli elementi tecnologici
 - potenziamento di spazi per la congressualità
7. Umanizzazione e Accoglienza
 - tutela della privacy e rispetto dell'individualità
 - potenziamento degli spazi per l'accoglienza e la socialità
 - comfort degli spazi
 - orientamento
 - sviluppo di residenzialità diffusa
8. Mobilità
 - selettività dei flussi
 - velocità dei collegamenti
 - assistenza nei trasporti del paziente e della famiglia
 - automazione dei trasporti dei materiali
9. Interscambio
 - occasioni di arricchimento culturale e spirituale
 - trasferimento di modelli organizzativi-assistenziali avanzati
10. Accredimento
 - eccellenza dei servizi
 - eccellenza dei risultati
 - certificazione internazionale

Per il Subsistema della Ricerca l'ulteriore scomposizione prevede l'organizzazione in :

- Dipartimenti per funzioni specifiche
- Centri interdisciplinari., quali elementi di raccordo tra la ricerca clinica, e preclinica a livello nazionale ed internazionale

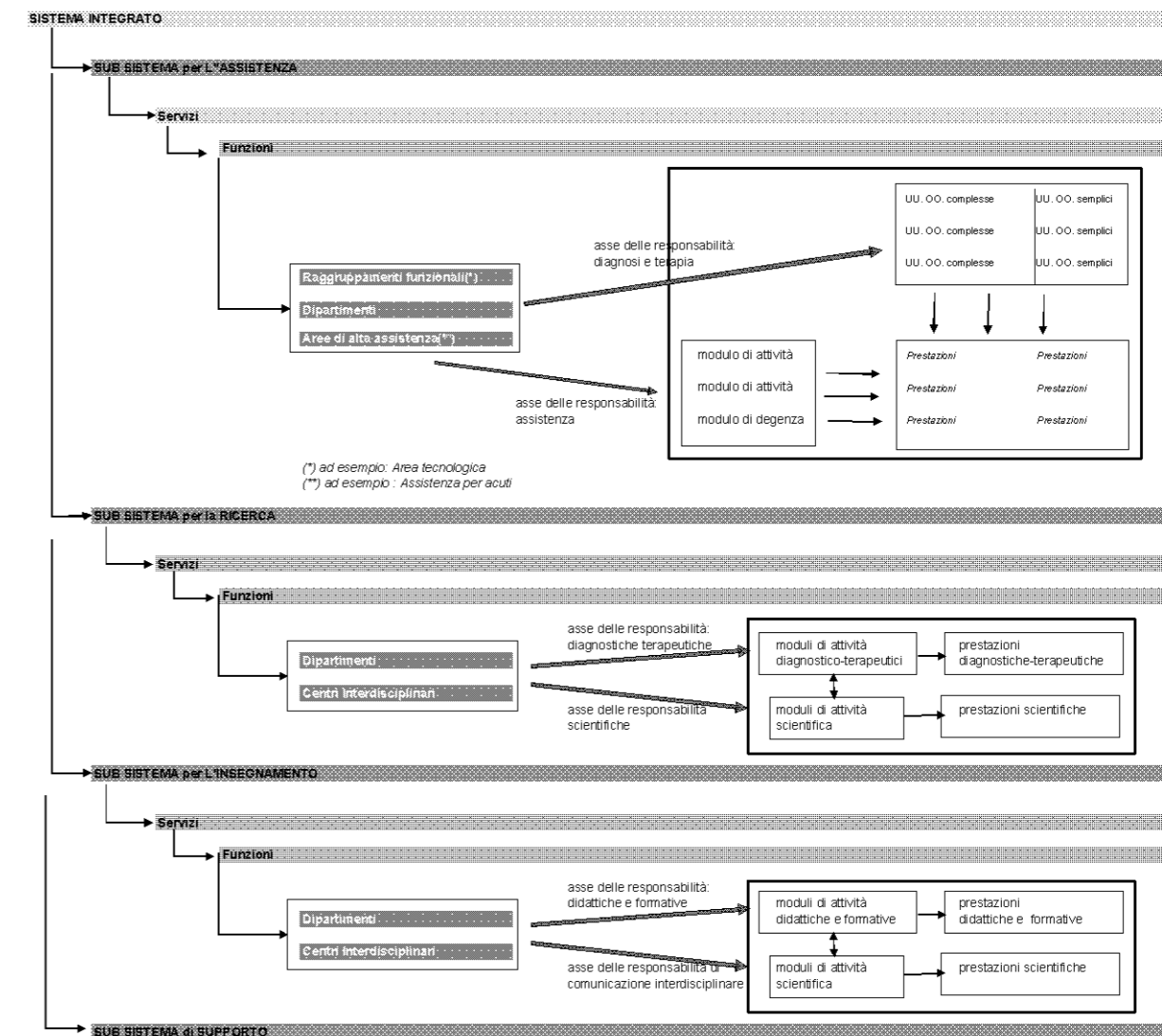
Anche per la ricerca si svilupperanno precisi assi di responsabilità e si dovranno prevedere precisi moduli di attività scientifica e diagnostico-terapeutica al fine di garantire prestazioni eccellenti nell'ambito della ricerca clinica e traslazionale e nella biomedica.

Infine per il Subsistema dell'insegnamento la scomposizione prevede:

- Dipartimenti per funzioni didattiche e formative
- Centri interdisciplinari di raccordo tra la ricerca e l'insegnamento, cardini della comunicazione interdisciplinare. I rispettivi assi di responsabilità presupporranno una organizzazione dei rispettivi moduli di attività tale da garantire prestazioni scientifiche e didattiche-formative, anche queste, di elevata qualità.

Nella classificazione funzionale di seguito illustrata, ogni Subsistema viene scomposto, come già evidenziato, in servizi e specifiche funzioni, in modo da sostanziare la complessità, organizzativa e funzionale, che si intende conferire al nuovo Polo.

Fig.8 Assetto aziendale integrato



4.3 Classificazione funzionale

Il **Subsistema dell'Assistenza** risulta disaggregato in due macro Servizi::

- *Servizi clinico- assistenziali*
- *Servizi diagnostici e terapeutici*

I Servizi clinico-assistenziali prevedono funzioni con degenza quali:

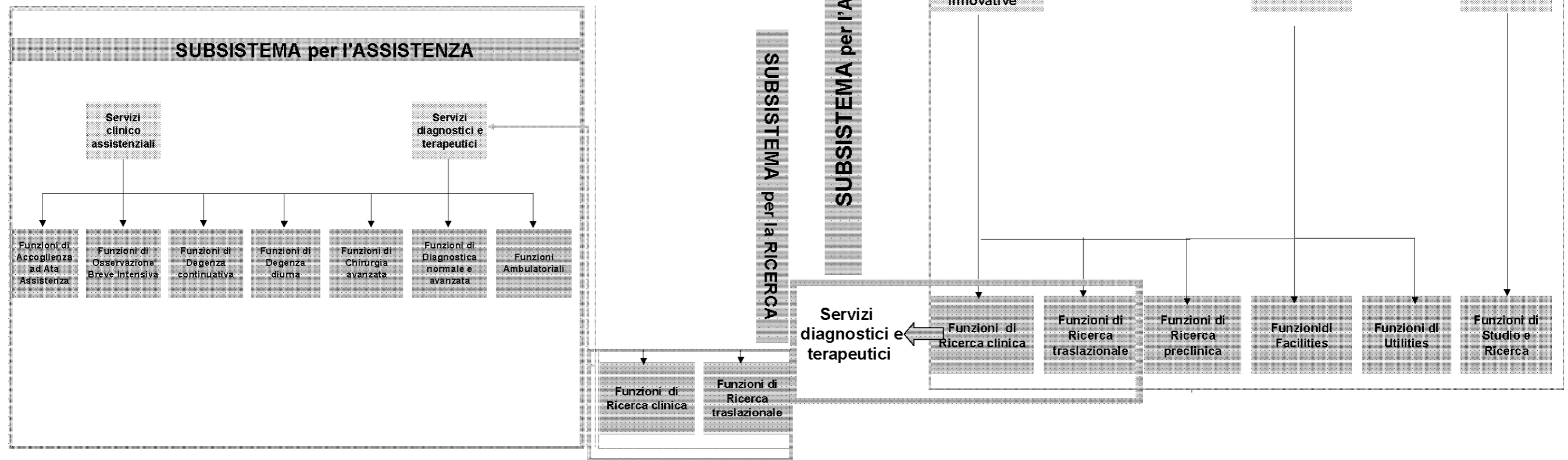
- le degenze intensive e le emergenze programmate per le alte specialità, , caratterizzate da funzioni di accoglienza delle emergenze stesse e dalle funzioni di Osservazione Breve Intensiva
- le degenze continuative in regime di ricovero ordinario
- le degenze in regime di ricovero diurno .

I Servizi diagnostici e terapeutici prevedono invece funzioni senza degenza quali:

- le funzioni di chirurgia normale ed avanzata
- le funzioni di diagnostica normale ed avanzata
- le funzioni ambulatoriali.

Il Subsistema dell'Assistenza, viene concepito, inoltre, in stretta relazione con il Subsistema per la Ricerca, specie per quanto riguarda le interconnessioni tra i servizi diagnostici e terapeutici e le funzioni di ricerca clinica e traslazionale, in modo da creare la triade: Diagnosi, Cura e Ricerca clinica. La figura che segue restituisce in forma di grafico la scomposizione in Servizi e Funzioni del Subsistema per l'Assistenza e le sue relazioni funzionali con il Subsistema della Ricerca.

Fig. 9 Servizi e Funzioni del Subsistema per l'Assistenza



Il **Sub Sistema per la Ricerca** viene articolato in tre Servizi, due a carattere prevalentemente di laboratorio, l'altro di supporto scientifico:

- *Servizi di laboratori e terapie innovative*, con funzioni di ricerca clinica e traslazionale (di supporto, come si è già visto, ai servizi diagnostici e terapeutici del Subsistema per l'Assistenza), e con funzioni di ricerca preclinica o biomedica;
- *Servizi comuni alla ricerca*, con particolari funzioni comuni di laboratorio (“Facilities”) e di supporto tecnologico (“Utilities”);
- *Servizi di interscambio scientifico*, con funzioni prevalentemente di studio e di ricerca.

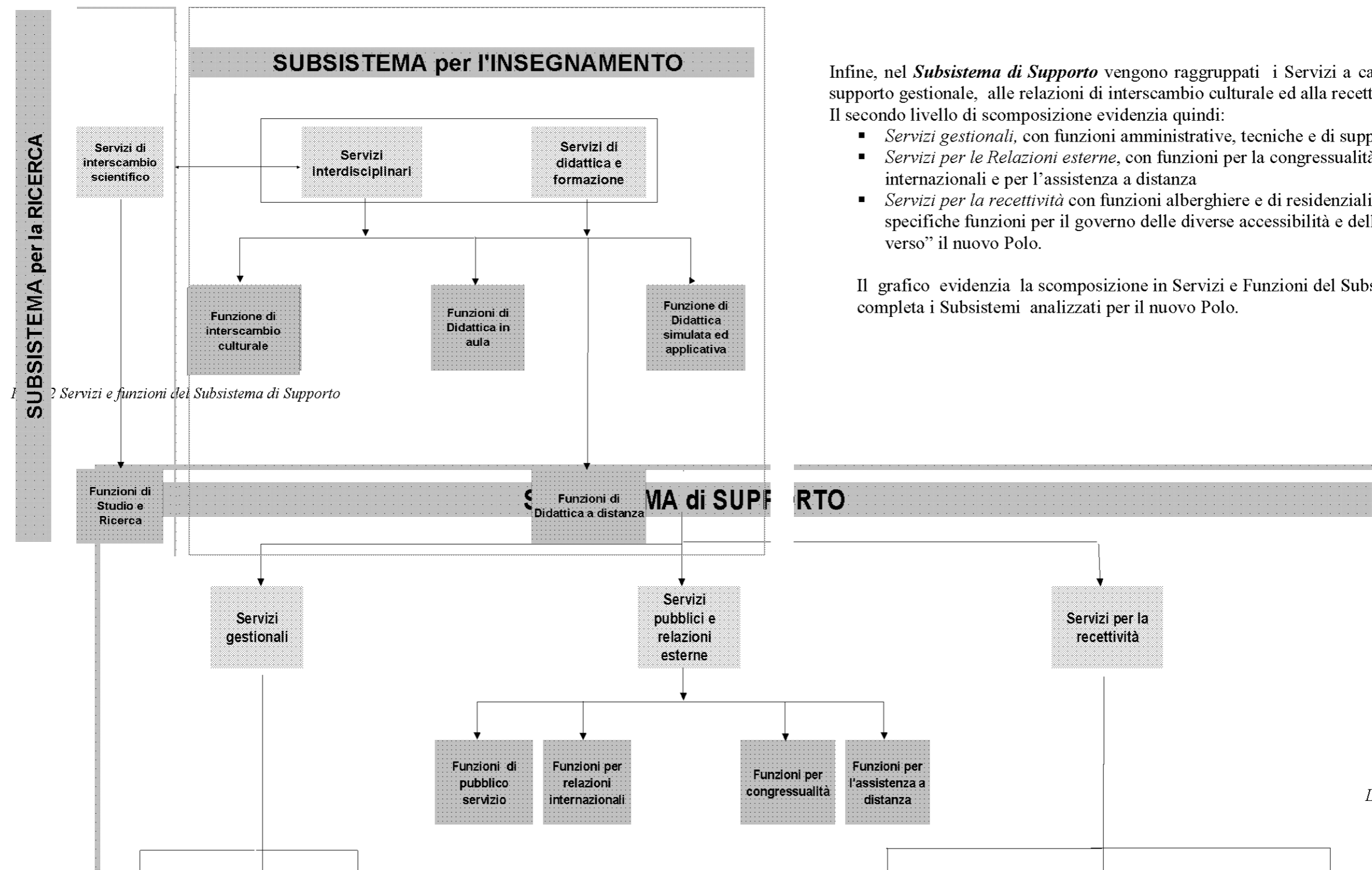
Fig. 10 Servizi e Funzioni del Subsistema per la Ricerca

Il *Subsistema per l'Insegnamento*, viene distinto in:

- *Servizi interdisciplinari*, fortemente collegati con i Servizi di interscambio scientifico del Subsistema per la Ricerca
- *Servizi di didattica e formazione*, fortemente integrati - e con funzioni di interscambio culturale - insegnamento in aula e di didattica applicata simulata, anche a distanza

I grafici che seguono evidenziano la scomposizione in Servizi e Funzioni del Subsistema per la Ricerca e del Subsistema per l'Insegnamento che si è pensata per il nuovo Polo.

Fig.11 Servizi e funzioni del Subsistema per l'Insegnamento



Infine, nel *Subsistema di Supporto* vengono raggruppati i Servizi a carattere generale, destinati al supporto gestionale, alle relazioni di interscambio culturale ed alla recettività.

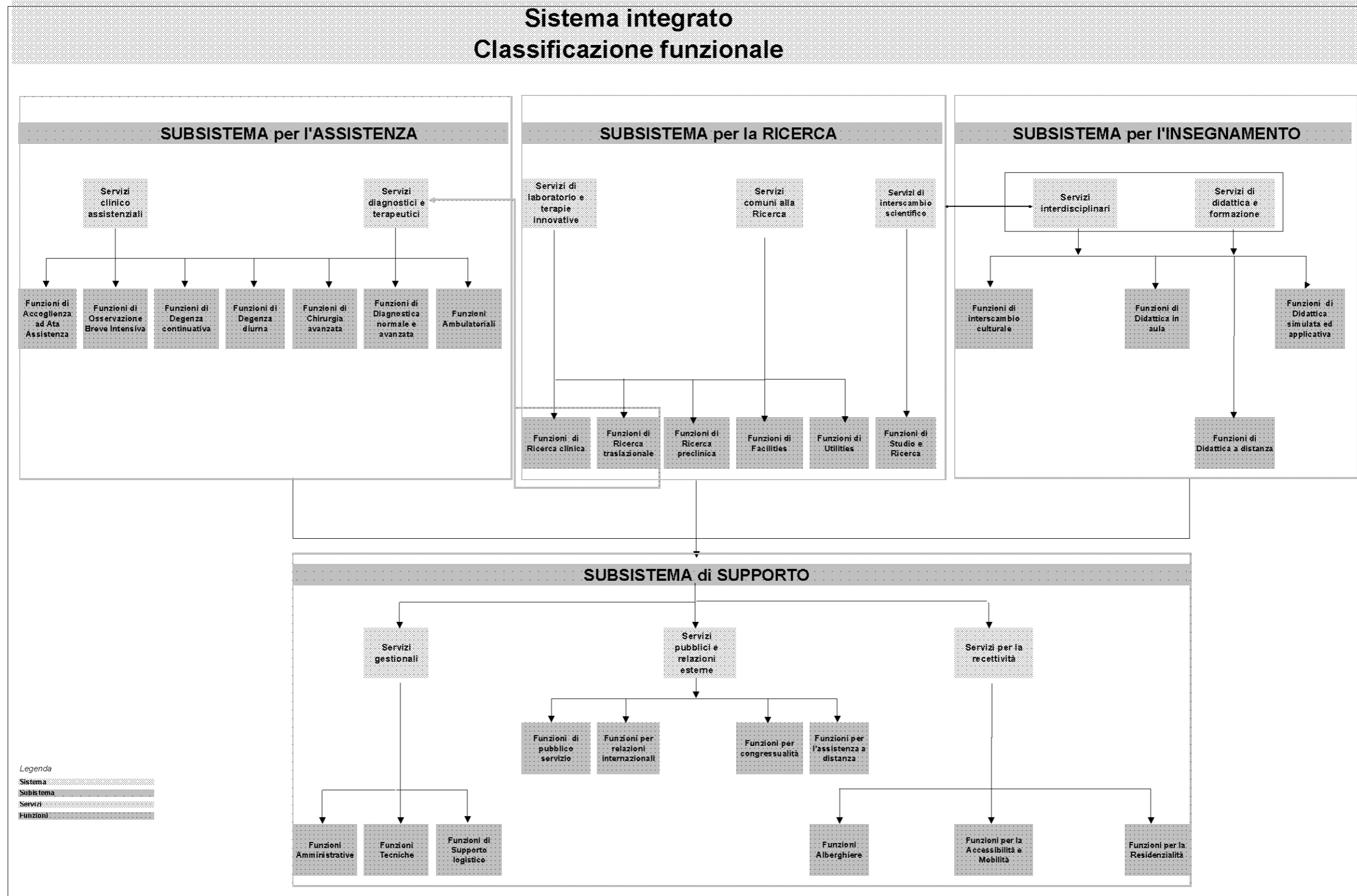
Il secondo livello di scomposizione evidenzia quindi:

- *Servizi gestionali*, con funzioni amministrative, tecniche e di supporto logistico
- *Servizi per le Relazioni esterne*, con funzioni per la congressualità, per le relazioni internazionali e per l'assistenza a distanza
- *Servizi per la recettività* con funzioni alberghiere e di residenzialità, di pubblico servizio, con specifiche funzioni per il governo delle diverse accessibilità e della mobilità in generale "da e verso" il nuovo Polo.

Il grafico evidenzia la scomposizione in Servizi e Funzioni del Subsistema di Supporto che completa i Subsistemi analizzati per il nuovo Polo.

Nel grafico che segue, invece, viene rappresentato il quadro di insieme dei quattro Subsistemi che caratterizzano il nuovo Polo

Fig. 13 Quadro di insieme della classificazione funzionale



4.4 Il Modello organizzativo

Si ritiene che una connotazione quale quella attribuita al nuovo Polo ed una configurazione quale quella precedentemente descritta possano conferire al Polo stesso quelle caratteristiche di eccellenza

che sono il presupposto stesso di questa iniziativa. Al nuovo Polo si vuole anche affidare, in conformità con quanto evidenziano negli indirizzi di programmazione regionale, un obiettivo di particolare valenza strategica per l'intero territorio padovano e regionale: la sua realizzazione deve essere occasione per la razionalizzazione e riorganizzazione della rete ospedaliera della città, al fine

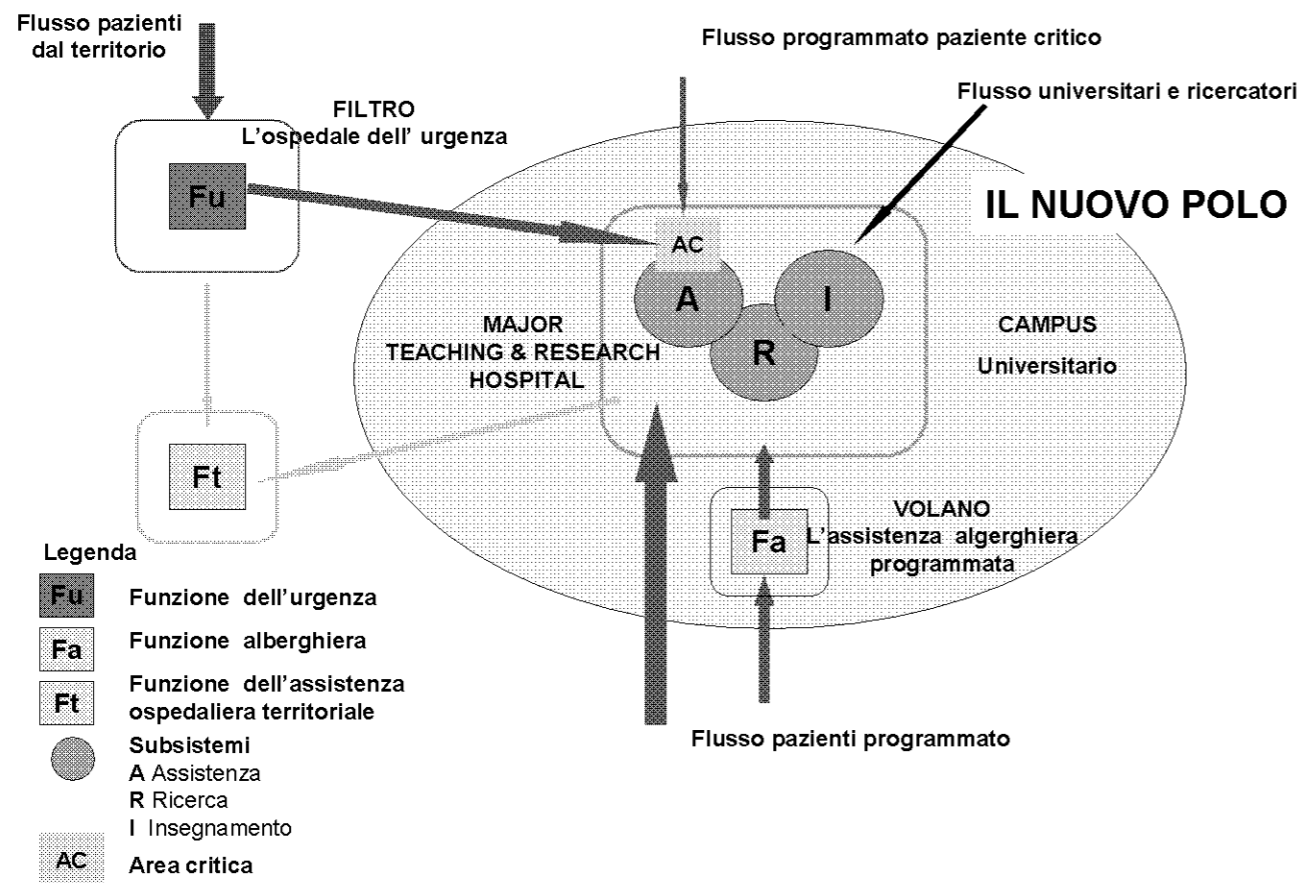
di farne, complessivamente, un polo di attrazione extraregionale. Di conseguenza l'organizzazione operativa e gestionale che il Documento propone coinvolge, su questo obiettivo, anche le strutture sanitarie di Padova (città e territorio), in una visione di insieme e secondo una logica unitaria.

La logica organizzativa pensata per il nuovo Polo prevede infatti di:

- "filtrare" i ricoveri inappropriati provenienti dal territorio padovano
- accogliere le emergenze per le alte specialità provenienti sempre dal territorio padovano
- assistere in maniera altamente qualificata, per una domanda anche extraregionale, i casi programmati che richiedano altissima specializzazione
- fungere da "smistamento" delle prestazioni da demandare alle altre strutture territoriali

In tale logica si può ipotizzare un "Modello organizzativo" (Fig.14) caratterizzato dalle seguenti componenti:

Fig. 14 Schema grafico del Modello organizzativo



A) un *FILTRO* per il flusso dei pazienti in urgenza-emergenza, costituito da quello che può essere definito come lo "ospedale dell'urgenza", posizionato nelle strutture esistenti della città.

B) il *CUORE* dell'Alta specializzazione - che contempla l'Assistenza per acuti, la Ricerca e l'Insegnamento - nel seguito identificato come "Major Teaching e Research Hospital"(MTRH), destinato ad accogliere il flusso programmato del paziente critico (Area Critica) e del paziente destinato all'alta assistenza acuta, nonché i flussi degli utenti universitari e dei ricercatori, in linea con la *Mission e Vision* assunte.

C) un *VOLANO* per i flussi programmati, cioè una struttura a carattere alberghiero, con la funzione di ospitare i pazienti provenienti da lontano ed in attesa di esami pre o post ricovero, nonché punto di accoglienza dei relativi accompagnatori così come struttura ricettiva per una parte della mobilità extraterritoriale di medici e ricercatori

D) un *CAMPUS* integrato con i servizi di mobilità e coi servizi residenziali studenteschi esistenti.

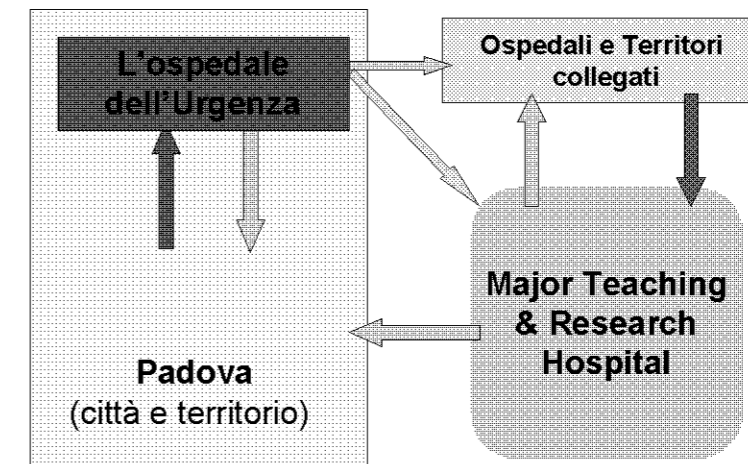
In questo modello organizzativo il forte legame del nuovo Polo con la realtà padovana resta affidato oltre che all'ospedale dell'urgenza ed alla relazione privilegiata con le facoltà connesse, anche ad un tessuto ricettivo distribuito sull'*interland*, che la presenza stessa del nuovo Polo attiverà, con la sua vocazione di generatore di valore.

Di seguito vengono definiti i bacini di utenza, i principali flussi, le finalità e le caratteristiche organizzative - funzionali delle singole componenti

L'ospedale dell'Urgenza raccoglie un bacino di utenza relativo all'ambito locale e, data la sua funzione di filtro, è caratterizzato da flussi in entrata di urgenza e flussi di uscita diversificati verso l'ambito urbano, verso ospedali e territori collegati e verso il *Major Teaching & Research Hospital* nel caso di pazienti critici per i quali si richieda un'alta assistenza specialistica.

Il *Major Teaching & Research Hospital*, cuore del nuovo Polo, serve, invece, un bacino di utenza sovraregionale, è caratterizzato da flussi in entrata programmati per pazienti critici e di per pazienti acuti per l'alta assistenza e da flussi in uscita verso il territorio padovano e verso ospedali e territori collegati.

Fig.15 Principali flussi dei pazienti previsti nel Modello organizzativo



- Legenda
- ➔ Flusso pazienti in urgenza (minuti, ore)
 - ➔ Flusso programmato paziente critico
 - ➔ Flusso pazienti Alta assistenza Programmato (ore, giorni)
 - ➔ Flusso pazienti verso strutture intermedie

A) *L'Ospedale dell'urgenza* In particolare l'ospedale dell'Urgenza, posizionato, come già detto nella città di Padova, potrà essere caratterizzato dalle seguenti aree funzionali strategiche:

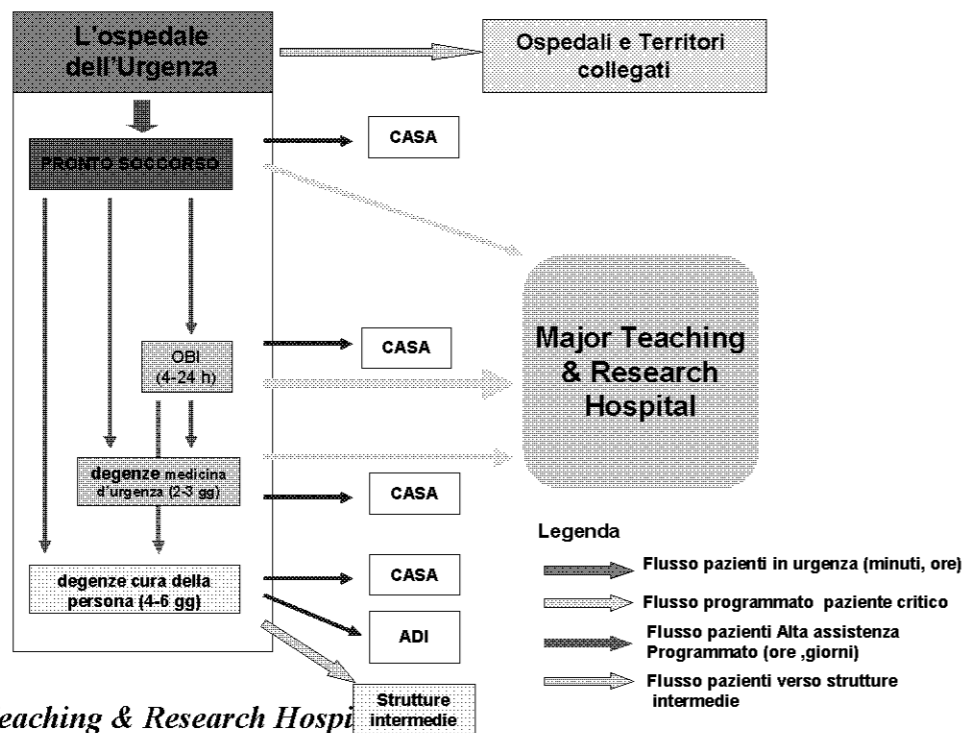
- *Pronto Soccorso* : gestisce l'urgenza, assolve la sua funzione nel momento in cui esclude la necessità di cure urgenti. Non è orientato, infatti, a formulare una diagnosi negli altri casi; l'approfondimento diagnostico è compito delle cure primarie o specialistiche. Le prestazioni connesse, quindi, vanno eseguite su prenotazione correttamente prioritizzata e non in urgenza.

Non è un Pronto Soccorso polispecialistico⁴² ma un Pronto Soccorso monospecialistico⁴³. L'organizzazione presuppone un efficace sistema di cure primarie.

- *Osservazione Breve Intensiva (O.B.I)*: con finalità prevalentemente diagnostiche. Si utilizza quando serve più tempo per escludere una emergenza (caso tipico: dolore toracico). Viene gestito dagli stessi medici del Pronto Soccorso.
- *Degenza di Medicina di urgenza*: ha finalità prevalentemente diagnostiche o terapeutiche, da affrontare anche con cure semi-intensive. E' in grado di risolvere una parte consistente dei problemi che attualmente vengono ricoverati in reparto medico generando quasi automaticamente degenze eccessivamente prolungate (caso tipico: scompenso cardiaco riacutizzato). Viene gestita da medici dedicati.
- *Degenza di cura della persona*: ha finalità prevalentemente assistenziali, nel caso di semplici riacutizzazioni di patologie croniche in pazienti non autonomi e soli, che non possono essere rinviiati immediatamente a domicilio dal Pronto Soccorso per la situazione sociale.

Di seguito viene rappresentata il tipo di organizzazione dell'ospedale dell'Urgenza, con l'evidenziazione dei flussi dei pazienti.

Fig. 16 Organizzazione e flussi dell'ospedale dell'urgenza



B) Il Major Teaching & Research Hospital

Ha finalità diagnostico-terapeutiche di 3° livello, di ricerca, di didattica. Per la parte medica lavora solo su ricoveri programmati, anche attingendo ai pazienti inizialmente accolti nelle degenze di medicina d'urgenza (tasso di occupazione > 95%).

Per la parte chirurgica lavora sia su ricoveri programmati che su ricoveri per pazienti critici (entro una quota prefissata) (tasso di occupazione > 90%).

⁴² ("modello Franco/Tedesco": le competenze ed abilità richieste in Pronto Soccorso per la gestione generale avanzata dei pazienti critici vengono ottenute attraverso la presenza ed eventuale cooperazione sistematica di più figure specialistiche diverse),

⁴³ ("modello anglosassone": la gestione generale avanzata viene affidata ad un'unica figura professionale, l'Emergency Physician, con una formazione specifica che la rende sostanzialmente autonoma, per competenze ed abilità procedurali).

Prevede una gestione completamente integrata, ospedaliera e universitaria. Adotta innovativi modelli organizzativi, con effettuazione di attività per interni/esterni e funzionamento di laboratori e attrezzature ≥ 15 h/di per almeno 6 gg/settimana.

In questo modo la degenza media si aggira sui 4 gg.

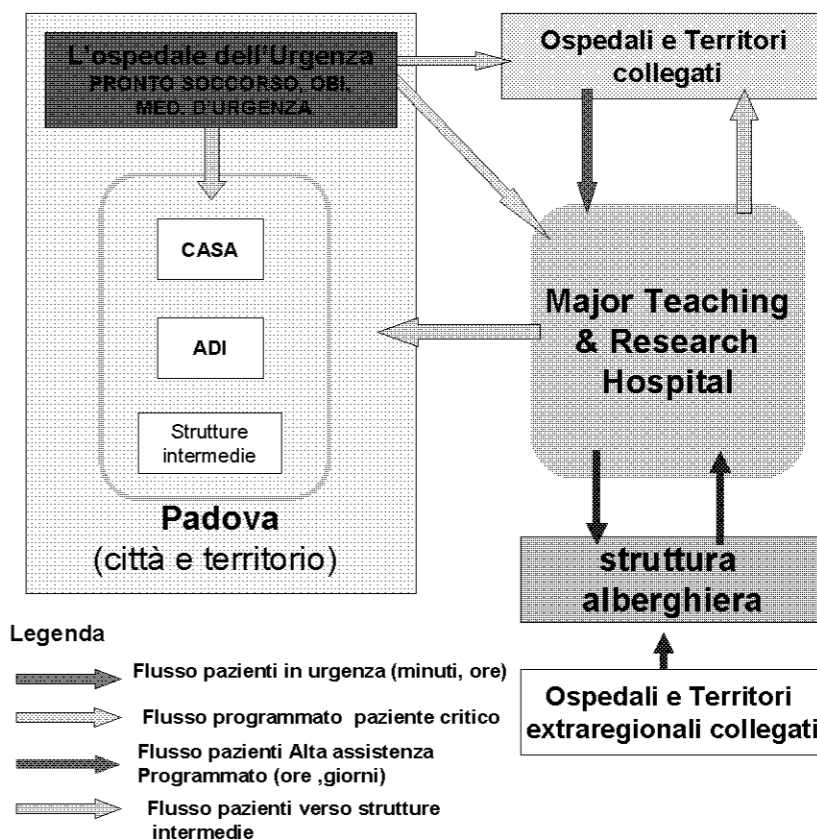
C) la Struttura alberghiera

Un Residence, a carattere alberghiero, inteso come una struttura "di passaggio" per pazienti provenienti da lontano e per accompagnatori. La struttura potrà inoltre essere utilizzata anche da medici e ricercatori. In particolare per i pazienti costituirà un punto di accoglienza sia in entrata che in uscita assolvendo le seguenti funzioni:

- in entrata, per pazienti in attesa di completare gli esami pre-operatori, oppure in attesa che si renda libero il posto letto
- in uscita, per pazienti in attesa di completare gli accertamenti post-ricovero, oppure per maggiore sicurezza psicologica.

Di seguito vengono graficizzati i principali flussi del Modello organizzativo complessivo.

Fig.17 Flussi del Modello organizzativo complessivo



5. Configurazione del nuovo Polo

Nel capitolo che segue viene descritta la configurazione del nuovo Polo, relazionata al Modello organizzativo precedentemente descritto; la descrizione qualitativa della configurazione è accompagnata da un dimensionamento delle aree funzionali previste.

Allo scopo – assumendo come base le analisi effettuate ed in conformità con quanto previsto dal Modello organizzativo appena definito - si è iniziato con l'individuare il possibile bacino di utenza che graviterà sul nuovo Polo. Quindi - con riferimento all'articolazione emersa dalla scomposizione strutturata del Sistema - si è proceduto ad una ulteriore disaggregazione delle funzioni di ciascun Subsistema (Assistenza, Ricerca, Insegnamento, Supporto) per giungere alla identificazione di "aree funzionali" intese come spazi necessari per poter svolgere le attività inerenti ad una specifica funzione. Fissato il bacino di utenza, l'analisi delle attività correlate al tipo di prestazione richiesta ha reso possibile, oltre all'individuazione degli spazi operativi afferenti alle singole funzioni di Sistema, anche la valutazione dimensionale degli spazi stessi secondo la metodologia illustrata più avanti.

E' stato possibile, quindi, formulare:

-una prima configurazione fisico-dimensionale del nuovo Polo (Programma edilizio)
 -una ipotesi di correlazione complessiva delle diverse componenti del Sistema, affidata ad uno schema grafico di riferimento generale ("Lay out generale").

Scendendo ulteriormente di dettaglio si sono evidenziate le caratteristiche di connessione ed interrelazione delle diverse aree funzionali, rappresentate sempre in forma diagrammatica ("Lay out delle aree funzionali").

Il processo di ricomposizione delle aree funzionali consente la rappresentazione complessiva del nuovo Polo attraverso uno schema di aggregazione metaprogettuale ("Master Plan") che restituisce una visione d'insieme dell'intera configurazione sistemica.

La configurazione a cui si è giunti per il nuovo Polo ha contenuti di complessità e di vastità tale da rendere necessaria anche una analisi delle possibili dinamiche realizzative, analisi che ha condotto a prefigurare un processo realizzativo articolato per fasi, diacroniche e sincroniche. Questa articolazione per fasi si rende necessaria anche per valutare gli aspetti procedurali, economici e finanziari correlati al compimento dell'iniziativa.⁴⁴

5.1 Bacino di utenza

Per quanto riguarda la determinazione del bacino di utenza del nuovo Polo, dato il livello di primo approccio rappresentato in questo Documento Preliminare Strategico, è stato necessario riferirsi ad una previsione di dotazione in posti letto "fisici" in conformità con gli indirizzi di programmazione regionale ed in relazione a quanto emerso dall'analisi del contesto padovano. Per tener conto della domanda extraterritoriale si è introdotto, invece, il concetto di posto letto "equivalente"

Per *posto letto "fisico"* si intende il riferimento al numero dei Pl di cui si intende effettivamente dotare la struttura.

Per *posto letto "equivalente"* si intende, nella logica del Documento, una più ampia capacità della struttura di offrire prestazioni di eccellenza. Le ipotesi numeriche sui posti letto equivalenti derivano, infatti dalla volontà di prevedere una struttura dimensionata per offrire prestazioni e servizi ad un bacino di utenza di ampio respiro, distinguendo tra i trattamenti diagnostico-terapeutici avanzati ed innovativi e la parte di struttura dedicata a prestazioni e servizi di base.

⁴⁴ Per questi aspetti si rimanda alla seconda parte.

Tenuto conto dei dati emersi dall'analisi del contesto e in funzione degli obiettivi che si intende raggiungere con il nuovo Polo, sono stati assunti come base del dimensionamento i seguenti valori dei parametri:

▪ **posti letto "fisici" pari a 1120**

di cui 720 per acuti e 400 per acuti anziani, in funzione del soddisfacimento della domanda di assistenza e degli obiettivi della programmazione socio-sanitaria

▪ **posti letto "equivalenti" pari a 2000**

per dimensionare spazi per la ricerca, la diagnostica avanzata e per alcuni supporti generali rivolti ad un bacino di utenza territoriale ed extraterritoriale in conformità con la connotazione del nuovo Polo.

Più in dettaglio si è assunto:

a) PL Fisici di Alta Assistenza per acuti di cui	720 560 Degenza continuativa 250 Degenza diurna
b) PL Fisici di Alta Assistenza per l'anziano di cui	400 60 Degenza continuativa 340 Degenza diurna
c) PL Fisici totali di cui	1120 910 Degenza continuativa 300 Degenza diurna
d) PL Equivalenti	2000 Ricerca, parte servizi

- il valore di 560+250 posti letto fisici complessivi è allineato con le caratteristiche di capacità di strutture analoghe e trova conferma nella letteratura di riferimento, in quanto multiplo di valori modulari universalmente accettati
- il numero di 560 posti letto fisici previsti per la acuzie in degenza continuativa, è allineato ad analoghi valori presenti in centri di eccellenza similari
- nel numero di 560 posti letto fisici sono compresi i pl delle degenze intensive e semintensive, delle degenze medico-chirurgiche e delle degenze materno-infantile
- I 400 posti letto fisici destinati all'alta assistenza per l'anziano rispondono alla domanda di assistenza analizzata e sono in linea con le tendenze future
- una struttura destinata all'alta assistenza di eccellenza deve prevedere un numero limitato di posti letto fisici, non tanto per gli elevati costi di investimento e di gestione, ma anche perché tutto il suo personale possa fare esperienza continuativa di casi altamente complessi. In altri termini una gestione ottimale deve tendere a "stressare" la parte destinata all'alta assistenza, delegando la media e la bassa assistenza, così come le prestazioni di urgenza, a strutture decentrate ad essa correlate
- il numero di posti letto fisici previsti nel MTRH è integrato, nel Modello organizzativo proposto, dall'offerta dei posti letto per acuti e per la lungodegenza e riabilitazione distribuiti nel territorio
- il nuovo Polo, organizzato secondo il Modello proposto, prevede una quasi totalità di ricoveri di tipo programmato.

Per l'insegnamento si è tenuto conto dell'attuale domanda di didattica e formazione⁴⁵

⁴⁵ Confrontare paragrafo 2.1 sottoparagrafo Insegnamento

5.2 Aree funzionali

Le funzioni individuate nella precedente scomposizione del Sistema Integrato⁴⁶ vengono di seguito articolate per singole aree funzionali, da identificare come specifici ambiti spaziali e per le quali di seguito viene fornita una descrizione. Successivamente si procederà ad un dimensionamento delle stesse (Programma edilizio) e quindi ad una loro rappresentazione grafica per evidenziarne la collocazione nell'ambito del Sistema, così come le reciproche correlazioni ed interconnessioni (Layout specifici).

Per il Subsistema dell'Assistenza i due macro Servizi già individuati di:

- Servizi clinico-assistenziali
- Servizi diagnostici e terapeutici

vengono più dettagliatamente declinati nelle specifiche aree funzionali da organizzare in spazi fruibili e tali da permettere lo svolgimento stesso delle attività previste.

Si ricorda che i Servizi clinico assistenziali prevedono funzioni di degenza, pertanto questi vengono distinti in tre macro Aree di degenza:

- Area Critica , per le degenze intensive ed emergenze programmate
- Alta Assistenza per acuti con degenze continuative e diurne distinte per l'Area Medico-Chirurgica e l'Area Materno- Infantile
- Alta Assistenza per l'anziano , Area geriatria, con degenze continuative e diurne, nonché servizi dedicati.

Tali aree rappresentano dei veri e propri Raggruppamenti di funzioni e , come tali, vengono evidenziati nella tabella a lato relativa alla strutturazione dei Servizi clinico-assistenziali .

Con questa organizzazione viene offerta una alta assistenza differenziata e vengono garantite prestazioni personalizzate in funzione della tipologie di pazienti, con particolare riguardo ai pazienti ritenuti più fragili, quali il bambino e la madre , nonché l'anziano . Nell'Area Medico-Chirurgica notevole attenzione verrà riservata al malato oncologico.

Nel dettaglio i Servizi clinico assistenziali sono articolati in (Fig.18):

- Area Critica dedicata alle
 - *Funzioni di Accoglienza* dei casi in alta emergenza provenienti da Padova (città e territorio) o da ospedali e territori collegati e dotata di unità di pronto intervento quali la Stroke Unit ed il Trauma Centre, e delle alte specialità come Centro Ustioni, Unità Spinale e Trapianti, in conformità con gli indirizzi di programmazione;
 - *Funzioni di Osservazione Breve Intensiva* per Terapie intensive, Unità coronaria Rianimazione ed Anestesia

Le funzioni previste per l'Area Critica attribuiscono all'area stessa il ruolo di un DEA di terzo livello di tipo polispecialistico e di ambito extraterritoriale .

- Alta Assistenza, per pazienti acuti in genere (con distinzione tra l'area Medico-chirurgica e l'area Materno-infantile) e per pazienti acuti anziani (area Geriatrica), comprendente le seguenti funzioni:
 - *Funzioni di Degenza continuativa*, per le *High Care*
 - *Funzioni di Degenza diurna* per le attività di *Day-Hospital*, di *Day Surgery* e per le aree riservate al ricovero diurno collegato alle attività ambulatoriali integrate (*Day Service*) nonché alle attività specialistiche quali quelle di Dialisi.

In particolare per l'area geriatria è prevista una accettazione dedicata, con servizi accessori e di supporto.

Fig.18

SUBSISTEMA per L' ASSISTENZA	
Servizi clinico-assistenziali	
Area Critica	
Funzioni di Accoglienza ad Alta Assistenza	
	Accoglienza
	Stroke-Unit e Trauma Centre
	Centro Ustioni
	Unità spinale
	Trapianti
Funzioni di Osservazione Breve Intensiva	
	Terapie intensive
	Unità coronarica
	Rianimazione e anestesia
Alta Assistenza per acuti	
(Area Medico-Chirurgica e Materno-Infantile)	
Funzioni di Degenza continuativa	
	Degenze ad alta assistenza
Funzioni di Degenza diurna	
	Day Hospital , Day Surgery e Day service
	Dialisi
Alta Assistenza per l'anziano (Area Geriatrica)	
Funzioni di Accettazione	
	Reception e Accoglienza
	URP/Servizi sociali
	Volontariato
	Servizi accessori e comfort
Funzioni di Degenza continuativa	
	Degenze ad alta assistenza
Funzioni di Degenza diurna	
	Day Hospital , Day Surgery ,Day Service

⁴⁶ Confrontare paragrafo 4.3 La Classificazione funzionale

Per i Servizi diagnostici e terapeutici generali vengono dettagliate le singole funzioni in (Fig.19):

- *Funzioni di Chirurgia avanzata*, sia mininvasiva che di diagnostica interventistica , oltre alla chirurgia tradizionale prevista con tecnologie innovative (blocchi operatori robotizzati e *Trauma Centre*)
- *Funzioni di Diagnostica normale ed avanzata*, comprendente tutte le aree in cui si svolgono le attività di indagine funzionale ed endoscopica, di diagnosi specialistiche , di diagnostica per immagini, di medicina nucleare , di radioterapia.
- *Funzioni Ambulatoriali*, comprendenti le aree da destinare ai poliambulatori, di base e specialistici, e alle attività ambulatoriali integrate quali quelle della *Day Service*.

Fig.19

SUBSISTEMA per L' ASSISTENZA	
Servizi diagnostici e terapeutici generali	
Funzioni di Chirurgia avanzata	
	Chirurgia mininvasiva e diagnostica interventistica
	Blocco operatorio (robotizzato e con trauma Center)
	Blocco parto
Funzioni di Diagnostica normale e avanzata	
	Esami funzionali ed endoscopici
	Cardiologia (con Emodinamica)
	Cardiovascologia
	Neuroradiologia
	Radiologia diagnostica ed interventistica
	Diagnostica per immagini (TAC-PET)
	Diagnostica per immagini (RN)
	Medicina Nucleare
	Radiologia radioterapica
	Medicina trasfusionale
Funzioni Ambulatoriali	
	Poliambulatori
	Day Service

In particolare sono trattati i Servizi diagnostici e terapeutici per l'anziano (Fig.20) che vengono associati all' Area geriatria e comprendono prestazioni specialistiche quali:

- *Funzioni di diagnostica specialistica*, dedicata prevalentemente alle malattie croniche e degenerative
- *Funzioni ambulatoriali*, con particolare riguardo alle aree dedicate alla continuità ospedale-territorio ed agli ambulatori specialistici ed integrati .

Per i Servizi del Subsistema per la Ricerca rappresentati da (Fig.21):

- Servizi di laboratorio e terapie innovative
- Servizi comuni alla ricerca

le aree funzionali riguardano una serie di spazi da destinare a laboratori di base , specialistici e di supporto per le *Funzioni applicative di Ricerca di base, Ricerca preclinica e Ricerca clinica e traslazionale*

Una seconda tipologia di laboratori dedicati ad attività trasversali e di supporto tecnologico assolvono le *Funzioni di Facilities e di Utilities* delle attività di ricerca . Completano il Subsistema una serie di aree da destinare alle attività di studio e ricerca culturale e scientifica .

Fig.20

SUBSISTEMA per L' ASSISTENZA	
Servizi diagnostici e terapeutici Area Geriatrica	
Funzioni di Diagnostica specialistica	
	Esami funzionali ed endoscopici
	Cardiovascologia
	Neurologia
	Centro specializzato
	Diagnostica avanzata
Funzioni Ambulatoriali	
	Poliambulatori specialistici (geriatria e gerontologia)
	Day service
	Continuità ospedale-territorio
	Servizi di supporto (dietetologico, psicologico, sociale)

Fig.21

SUBSISTEMA per LA RICERCA	
Servizi di laboratorio e terapie innovative	
Funzioni Ricerca di Base	
	Laboratori di base e specialistici
	Laboratori di diagnostica avanzata
Funzioni Ricerca Preclinica	
	Laboratori di base
	Laboratori specialistici
	Laboratori di ricerca avanzata
	Terapia non convenzionale
	Terapia genetica
	Laboratorio di medicina molecolare
Funzioni di Ricerca Clinica e Traslazionale	
	Laboratorio di base e specialistico
	Terapia convenzionale e non convenzionale
Servizi comuni alla ricerca	
Funzioni di Facilities	
	Laboratorio nuovi farmaci
	Laboratorio animali transgenici
	Imaging molecolare "in vivo" ed "in vitro"
Funzioni di Utilities	
	Piattaforme tecnologiche genomiche
	Banca Campioni
	Bioinformatica
	Biostatistica
	Epidemiologia clinica
Funzioni di Studio e Ricerca	
	Area studi e ricerche

Per il Subsistema riferito l'Insegnamento caratterizzato da (Fig.22):

- Servizi di didattica e formazione
- Servizi multidisciplinari

si tratta di articolare i Servizi stessi in aree da destinare ad aule per lo svolgimento delle diverse e poliedriche attività e in servizi di supporto per le *Funzioni di didattica* e le *Funzioni di interscambio culturale*. Particolari spazi di addestramento sono previsti per le *Funzioni di didattica simulata*.

Fig.22

SUBSISTEMA per L'INSEGNAMENTO
Servizi di didattica e formazione (Area Didattica)
Funzioni di Didattica in aula
Aule con servizi di supporto
Funzioni di Didattica applicata
Aule e servizi di supporto
Funzioni di Didattica simulata
Spazi per addestramento simulato e supporti
Funzioni di Didattica a distanza
Aule e servizi di supporto
Servizi interdisciplinari
Funzioni di Interscambio culturale
Centri Interdisciplinari
Aree e servizi di supporto

Infine per il quarto Subsistema, quello cioè di Supporto, la identificazione delle aree funzionali è stata fatta scomponendo ulteriormente il sistema in Supporto Generale, comprendente una serie di aree comuni, e aree di Supporto per la Ricettività.

In particolare il Supporto generale composto da (Fig.23):

- Servizi gestionali
- Servizi pubblici e di relazioni esterne

comprende tutte le aree funzionali in grado di poter assolvere le operazioni di carattere gestionale per il funzionamento dell'intera struttura e le funzioni di pubblico servizio sia interne alla struttura che di relazioni con l'esterno.

In particolare Servizi logistici vengono articolati in aree da destinare alle *Funzioni di supporto logistico* dell'intero Polo e alle *Funzioni tecniche e amministrative*. I Servizi pubblici e di relazioni esterne vengono invece organizzati in una serie di aree e servizi di supporto per lo svolgimento delle attività inerenti le *Funzioni di pubblico servizio*, di *Assistenza a distanza*, di *Relazioni internazionali* e di spazi da destinare attività di *Congressualità*

Fig.23

SUBSISTEMA di SUPPORTO GENERALE
Servizi gestionali
Funzioni di Supporto logistico
Servizio mortuario
Servizio religioso
Centrale di sterilizzazione
Centrale Letti
Lavaggio carrelli
Farmacia
Sottolavanderia /Guardaroba
Spogliatoi personale addetto
Deposito centrale
Mensa e cucina
Magazzini ed archivi
Funzioni Tecniche
Officine di manutenzione
Area tecnica
Funzioni Amministrative
Uffici accettazione
Uffici direzionali
Servizi pubblici e relazioni esterne
Funzioni di Pubblico servizio
Servizi pubblici (comprensivo di asilo nido)
Spazi per mostre e allestimenti
Funzioni per Assistenza a distanza
Aree e Servizi a supporto
Funzioni per Relazioni internazionali
Aree e Servizi a supporto
Funzioni per Congressualità
Auditorium e area per sale conferenze
SUBSISTEMA di SUPPORTO per la RECETTIVITA'
Servizi per la recettività
Funzioni Alberghiere
Residence e servizi di supporto
Funzioni per Accessibilità e Mobilità
Aree e servizi di supporto (Uffici)
Funzioni per la Residenzialità
Residenze, Aree e Servizi di supporto (Campus)

5.3 Dimensionamento

Le aree funzionali individuate consentono di procedere ad un dimensionamento di carattere preliminare ma sicuramente affidabile in quanto basato su un'analisi di dettaglio dell'intero Sistema. Ciascuna delle aree funzionali precedentemente definite è stata associata allo specifico bacino di utenza di riferimento -territoriale od extraterritoriale - e quindi ad un numero di posti letto effettivi o equivalenti⁴⁷; si è poi proceduto a stimare la superficie complessiva, di servizio e di corredo, utilizzando indici di superficie desunti dalla letteratura specialistica e da esperienze progettuali recenti di centri di eccellenza.

La superficie necessaria ad un'intera area funzionale è stata, quindi, ottenuta moltiplicando tra loro i due parametri, il numero di posti letto e l'indice di superficie; quella così ottenuta è una "superficie lorda utile", considerata, cioè, al netto di opere edili ed impianti ed al lordo del connettivo secondario⁴⁸. La considerazione di tutte le aree funzionali consente di ricavare la superficie utile lorda totale è stata poi incrementata del 30% per tener conto dei connettivi primari orizzontali e verticali (blocchi di collegamento verticale) ed opere edili ed, infine, di un ulteriore 7% per centrali, sottocentrali e cavedi.

La scomposizione strutturata operata sull'intero Sistema Integrato⁴⁹ consente di aggregare i dati superficiali delle diverse aree funzionali fino a connotare dimensionalmente ciascuno dei quattro Subsistemi e, quindi, l'intero Polo.

L'utilizzo, come riferimenti del posto letto "fisico" e del posto letto "equivalente" associati alle specifiche aree funzionali individuate, permette di superare il tradizionale e desueto dimensionamento parametrico basato esclusivamente su superfici standard a posto letto, indistintamente aggregate. Il metodo di dimensionamento adottato permette di tener conto delle prestazioni erogabili, area per area, per un determinato bacino di utenza e consente, quindi, di tarare meglio la capacità di servizio del Sistema con un approccio *bottom up*, che permette di tener conto di tutte le prestazioni che si vogliono richiedere al nuovo Polo.

Il risultato finale, unitamente all'analisi di dettaglio eseguita, è riportata in allegato nel cosiddetto "Programma edilizio"⁵⁰ il quale può quindi considerarsi quale manifesto edificatorio del nuovo Polo.

In altri termini la metodologia su cui è impostato il Documento Preliminare Strategico ha consentito di stimare la consistenza fisica da attribuire alla nuova struttura affinché il nuovo Polo risponda al quadro esigenziale di base secondo il Modello organizzativo voluto.

In sintesi il Programma edilizio del nuovo Polo prevede le superfici complessive riportate nella tabelle a fianco.

Alla superficie complessiva di 380.000 m² articolata per Subsistemi vanno aggiunte:

- la superficie dei parcheggi di 150.000 m² (almeno 4.500 posti, con parametro dimensionale di 34 m²/posto)
- la superficie da destinare alle aree verdi ed agli spazi aperti attrezzati.

⁴⁷ Si rimanda alle considerazioni già fatte nel paragrafo 4.1 relativo al Bacino di utenza

⁴⁸ Per connettivo secondario si intendono i collegamenti interni di area

⁴⁹ Si fa riferimento allo schema complessivo della "Classificazione funzionale" ed alle tabelle del paragrafo 5.2 "Aree funzionali"

⁵⁰ Il Programma edilizio in dettaglio è riportato nell' Allegato C

SUPERFICIE COMPLESSIVA del NUOVO POLO	380000 m²
RIEPILO SUPERFICI COMPLESSIVE per SUBSISTEMI	
SUBSISTEMA per l'ASSISTENZA	163000
di cui	
Servizi clinico-assistenziali	94000
Servizi diagnostici e terapeutici generali	59000
Servizi diagnostici e terapeutici per l'anziano	10000
SUBSISTEMA per la RICERCA	95000
SUBSISTEMA per l'INSEGNAMENTO	50000
SUBSISTEMA di SUPPORTO	72000
di cui	
SUBSISTEMA di SUPPORTO GENERALE	42000
SUBSISTEMA di SUPPORTO per LA RECETTIVITA'	30000

Dati di superficie aggregati per i 4 Subsistemi			
Subsistema	Superficie (m²)		
Assistenza	163.000	<i>inclusiva della superficie per l'Alta assistenza per l'anziano</i>	
Ricerca	95.000		
Insegnamento	50.000		
Supporto generale	42.000	di cui	27.000 Superficie di Servizi gestionali afferenti all'Assistenza
			15.000 Superficie di Servizi pubblici e Relazioni esterne afferente ai tre Subsistemi
	totale MTRH	350.000	
Supporto per la Recettività	30.000		
Totale nuovo Polo	380.000		

Per un controllo di affidabilità del dimensionamento eseguito ci si può riferire una valutazione della superficie complessiva a posto letto (m2/pl) risultante. A tal fine è utile aggregare in modo diverso i dati del Programma edilizio. Nella tabella a fianco riportata i dati superficiali sono aggregati in modo da ricavare distinti e rappresentativi valori di parametri di superfici.

- Il parametro di superficie complessiva a posto letto relativo all'Assistenza, è ottenuto addizionando alla superficie del Subsistema dell'Assistenza le superfici dei relativi Supporti gestionali ed una quota parte (1/3) delle superfici dei Servizi pubblici e relazioni esterne afferenti a tutti e tre i Subsistemi (Assistenza-Ricerca-Insegnamento). Facendo riferimento al bacino di utenza del Subsistema dell'Assistenza e quindi al numero di posti letto fisici od effettivi si ottiene il valore di 174 m2 per posto letto.
- Il parametro di superficie complessiva a posto letto relativo all'intero Major Teaching & Research Hospital è ottenuto sommando le superfici complessive dell'Assistenza, Ricerca, Insegnamento e Supporti Generali e facendo riferimento al bacino di utenza extraterritoriale di 2000 posti letto "equivalenti"; si ricava un valore del parametro di 175m2/pl.
- Il parametro di superficie complessiva a posto letto relativo all'intero Polo, ottenuto riferendo la superficie complessivamente prevista all'intero bacino extraterritoriale di 2000 posti letto equivalenti, è pari ad un valore di 190m2/pl.

I valori ottenuti per i diversi parametri individuati appaiono in linea con i valori risultanti dalle analisi su iniziative similari; in tal senso può risultare utile riferirsi alla seguente tabella.

NUOVI OSPEDALI -DIMENSIONAMENTI

Interventi	Appalto	Periodo	Sup.Com.	PL	S.U/PL	Costo
Pediaterico Meyer, Careggi (Fi)	Project & Con.Management	2001 (inizio lavori) 2007 (completamento)	33,647	138	243.8	
Nuovo Osp. Di Varese	Project & Con.Management	2003 (inizio lavori) 2007(completamento)	68,000	624	109.0	151,000,000
Unità Spinale di Torino		2003 (inizio lavori) 2007(completamento)	19,093	72	265.2	28,341,181
Centro Perseghetto Rozzano (Mi)	General Contractor	2005(inizio lavori) 2007(completamento)	25,000	122	204.9	46,000,000
Istituto Mater Domini Castellanza (Va)		2003 (inizio lavori) 2007(completamento)	13,000	136	95.6	44,286,179
P.O Cinisello Pisa	Appalto Concorso	1999 (progetto) 2007 (completamento)	20,804	302	68.9	
Paolo Borsellino , Marsala (Tp)		2003 (inizio lavori) 2008(completamento)	25,000	242	103.3	
San giovanni di Dio Torregalli (Fi)		2001(inizio lavori) 2008(completamento)	15,000	418	35.9	26,857,173
P.O Militello (Ct)		2004(inizio lavori) 2008(completamento)	13,000	134	97.0	11,064,975
Nuovo Polo Ospedaliero di Rapallo(Ge)	Project & Con.Management	2004(inizio lavori) 2009(completamento)	20,877	160	130.5	28,500,483
Os. Papa Giovanni XXIII, Bergamo	Project & Con.Management	2004(inizio lavori) 2009(completamento)	170,000	1200	141.7	340,000,000
Os. Borgo Trento, Verona	Appalto lavori	2002(inizio lavori) 2009(completamento)	96,296	513	187.7	194,605,694
Ospedale di Mestre	Project financing	2001(p proposte) 2008(completamento)	113,000	680	166.2	238,000,000
Polo Ospedaliero di Biella	Project & Con.Management	2000(inizio lavori) 2009(completamento)	124,000	900	137.8	139,000,000
Nuovo ospedale s.Anna di Como	Project & Con.Management	2007inizio lavori) 2009(completamento)	76,220	589	129.4	33,000,000
Policlinico della Magna Grecia di CZ		2004(inizio lavori) 2010(completamento)	150,000	404	371.3	78,233,218
Policlinico di Caserta		2005(inizio lavori) 2010(completamento)	45,000	500	90.0	
Ospedale di Alba Bra		2006(inizio lavori) 2010(completamento)	25,000	677	36.9	120,000,000
Ospedale Este Monselice		2008(inizio lavori) 2010(completamento)	70,000	447	156.6	60,000,000
Ospedale di Librino	Appalto Concorso	2007(inizio lavori) 2010(completamento)	108,000	720	150.0	174,000,000
Nuovo Ospedale di Parma		2007(inizio lavori) 2016(completamento)	221,981	1359	163.3	289,000.00
4 Ospedali delle Alpi Apuane	Project financing		186,000	1710	108.8	

Subsistema dell'Assistenza (comprensivo di supporti generali afferenti)

Superficie per servizi clinico-assistenziali e diagnostico-terapeutici	163.000
Superficie di Servizi gestionali afferenti all'Assistenza	27.000
Superficie di Supporto comune afferente al Subsistema Assistenza (media) (Servizi pubblici e relazioni esterne)	15000/3 5.000
Superficie complessivamente riconducibile al Sub Sistema Assistenza(**)	195.000
Posti letto fisici previsti nel Subsistema Assistenza	1.120
Superficie a Posto letto	174 m2 per Posto letto

Major Teaching & Research Hospital (MTRH)

Superficie complessiva	350.000
Posti letto "equivalenti" di riferimento	2.000
Superficie a Posto letto	175 m2 per Posto letto

Nuovo Polo (MTRH e Subsistema di Supporto per la Recettività)

Superficie complessiva	380.000
Posti letto "equivalenti" di riferimento	2.000
Superficie a Posto letto	190 m2 per Posto letto

Nota (*)

La superficie complessivamente riconducibile al Sub Sistema Assistenza è inclusiva della superficie dedicata all'Alta assistenza per l'anziano che misura m2 37,000 (comprensiva dei servizi diagnostici e terapeutici)

5.4 Lay out generale

La correlazione ed interconnessione complessiva prevista per le diverse componenti dell'intero Sistema è affidata al grafico di riferimento generale denominato "Lay out generale": lo schema restituisce in forma grafica il Modello organizzativo del Documento Preliminare Strategico.

Nello schema le diverse componenti sono evidenziate ad un livello di aggregazione tale da restituire in forma esplicita e sintetica il Modello stesso.

In quanto tale, il lay out generale non è una planimetria, ma un documento di natura metaprogettuale, riferimento per successive scelte progettuali; consente, infatti, di individuare e definire le strutture edilizie che dovranno concretizzare l'iniziativa attraverso un'articolazione del nuovo Polo rispettosa della configurazione e conforme al modello organizzativo voluto.

Nel primo Lay out generale, conforme al Modello organizzativo proposto, sono evidenziati (Fig.24)

- **l'Ospedale per l'urgenza**, nella città di Padova, sede del DEA di 2° livello, caratterizzato da un'efficiente area funzionale di Pronto Soccorso, dotato di un'ampia area per l'Osservazione Breve Intensiva; due aree di Degenza, destinate una alla Medicina di Urgenza e l'altra alla Cura della persona, ne completano la fisionomia.
- **il Nuovo Polo** costituito da:
 - **Il Major Teaching & Research Hospital**, caratterizzato dalle seguenti macro Aree:
 - *Area Critica*, per le terapie intensive e l'accoglienza delle emergenze di alta assistenza programmate, che si pone nei confronti del territorio come un DEA di 3° livello altamente specializzato
 - *Alta Assistenza per acuti*, distinta in Area Medico-Chirurgica ed Area Materno-Infantile., l'Area Medico-chirurgica comprende all'interno una subarea dedicata al malato oncologico
 - *Area Geriatria*, destinata all'alta assistenza per pazienti anziani e ai relativi servizi diagnostici e terapeutici
 - *Area Tecnologica*, sede di tutti i servizi di diagnosi e terapia e dei laboratori di Ricerca clinica
 - *Area dei Servizi Generali* distinti in servizi gestionali e servizi pubblici e di relazioni esterne
 - *Area per la ricerca Biomedica*, comprensiva dei supporti, in termini sia di *Facilities* che di *Utilities*
 - *Area Didattica e Centri interdisciplinari*
 - **I Servizi per Ricettività** costituiti dalla struttura alberghiera prevista dal Modello - ovvero il *Residence* precedentemente descritto - e dai servizi destinati agli studenti, compresi quelli per la residenzialità e quelli dedicati ai servizi di gestione della mobilità.

Il secondo Lay out graficizza (Fig.25) una possibile alternativa al Modello proposto e cioè la possibilità di avere all'interno del nuovo Polo anche tutto il Dipartimento di urgenza-emergenza. (DEU).

In questo caso si avrebbe una intensificazione dei Flussi in urgenza, un potenziamento funzionale dovuto all'inserimento del DEA ed al conseguente incremento dimensionale del MTRH, che passerebbe dai 350.000 ai 370.000 m2 con una superficie complessiva da 380.000 a 400.000m2

Fig.24

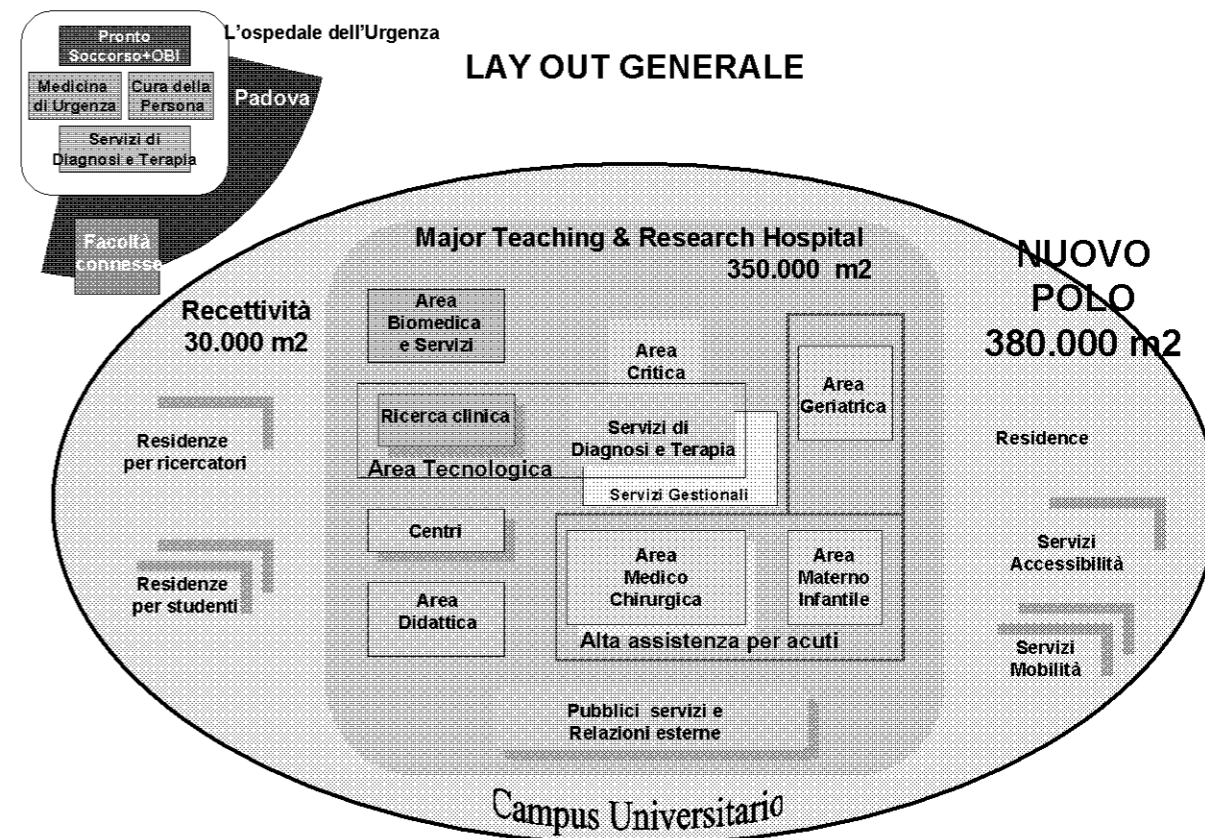
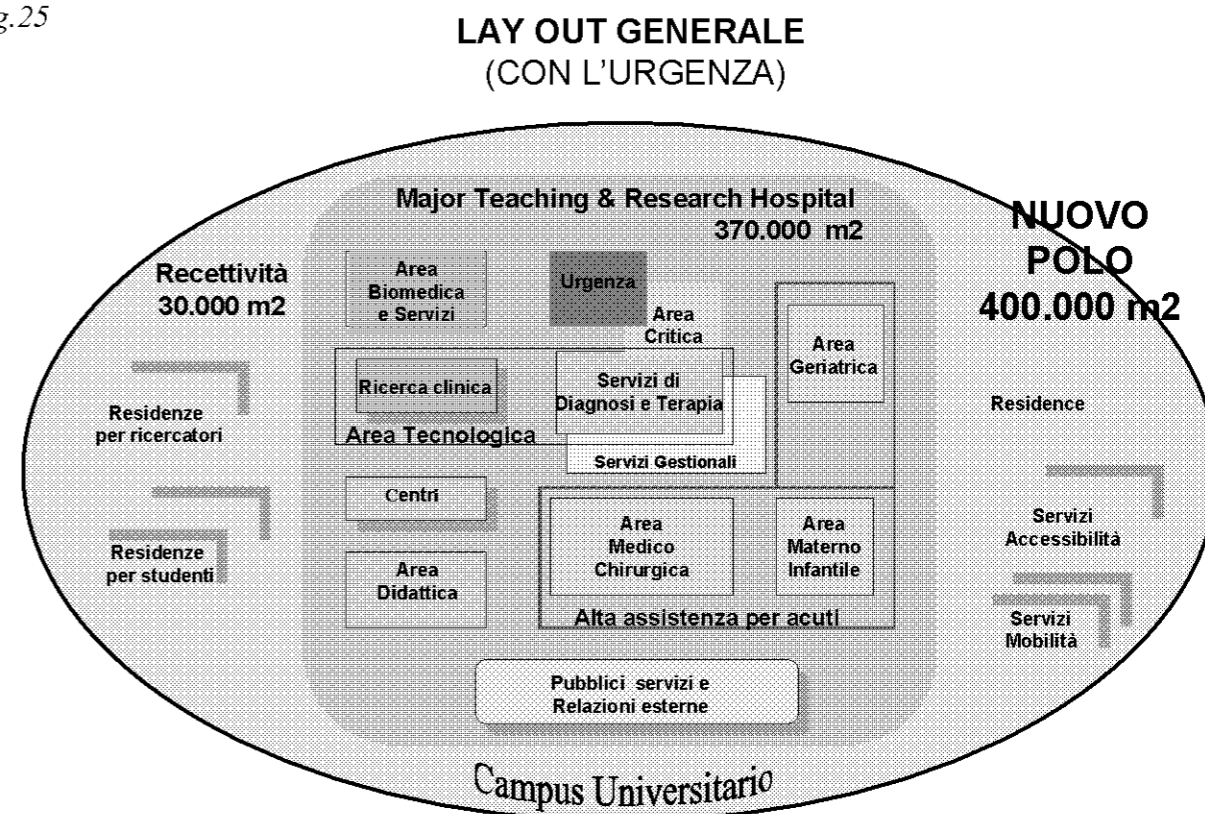


Fig.25



5.5 Lay out delle aree funzionali

I lay-out che seguono vogliono esprimere la logica operativa e gestionale sulla quale si intendono articolare le diverse aree funzionali. Pertanto nei lay out sono leggibili la collocazione delle aree stesse nel Sistema complessivo, così come sono evidenziati i rapporti di connessione e di interrelazione.

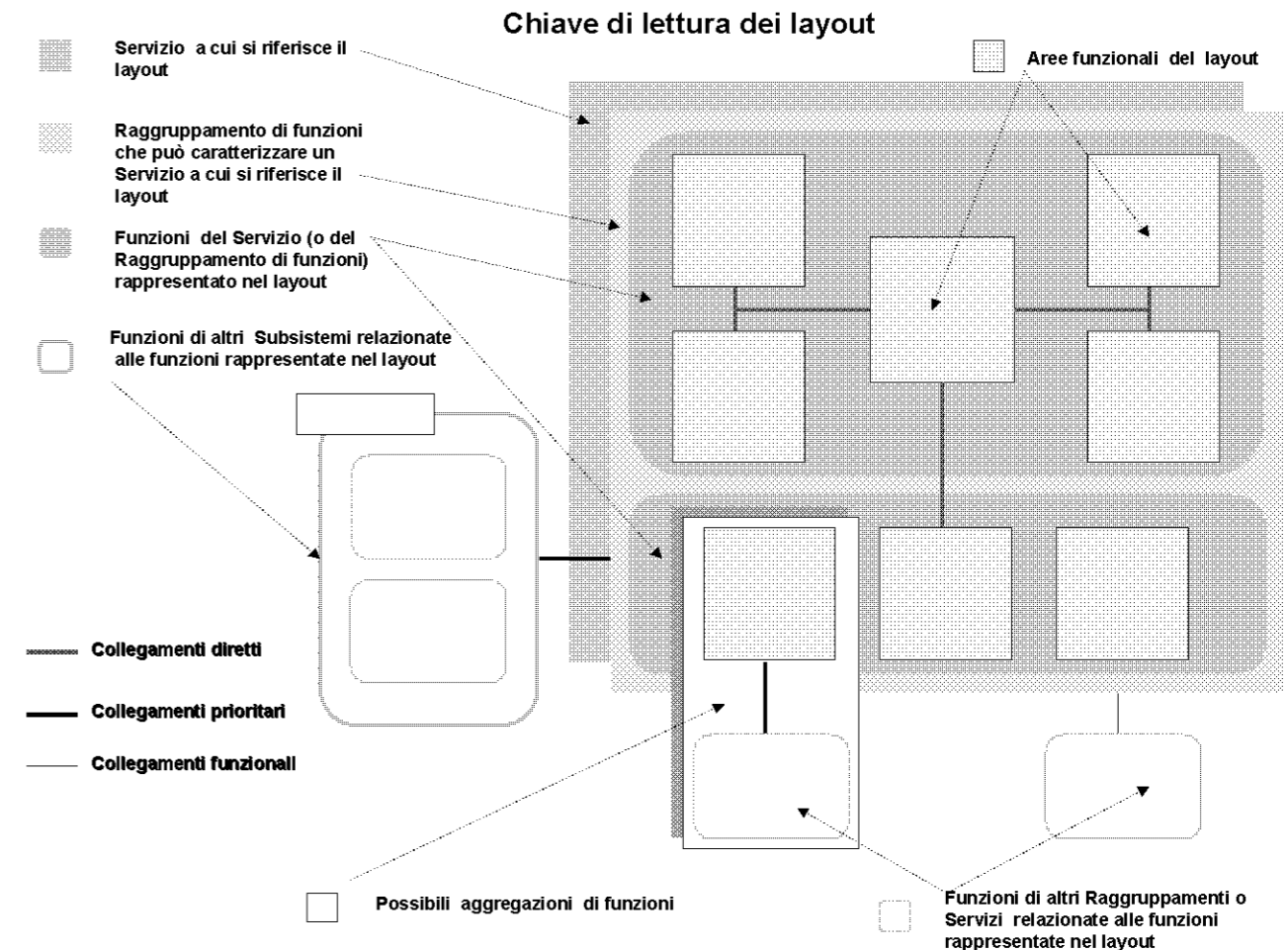
Alla raccolta dei lay out viene premessa una “chiave di lettura” per una corretta interpretazione degli schemi grafici. La legenda che accompagna ogni singolo schema viene illustrata nella suddetta “chiave di lettura” e vuole chiarire la tipologia delle aggregazioni, dei legami e delle connessioni indicate.

In particolare ogni schema riporta le informazioni di seguito elencate.

- Il Servizio a cui il lay out fa riferimento all’interno di un Subsistema; ad esempio i Servizi diagnostici e terapeutici del Subsistema dell’Assistenza.
- Il Raggruppamento di Funzioni che può caratterizzare un Servizio a cui il lay out si riferisce; è il caso delle macro Aree che interessano i Servizi clinico assistenziali del Subsistema dell’Assistenza quali l’Area Critica, l’Area Medico-Chirurgica, l’Area Materno-Infantile e l’Area geriatrica
- Le Funzioni interne al Raggruppamento o al Servizio oggetto di lay out; ad esempio all’interno del Raggruppamento dell’Area Critica sono rappresentate le due funzioni previste, quella dell’Accoglienza delle emergenze e quella relativa all’Osservazione Breve Intensiva.
- Le Aree funzionali, cioè gli spazi che servono allo svolgimento delle funzioni del Raggruppamento o del Servizio oggetto di lay out; ad esempio per lo svolgimento delle funzioni di Osservazione breve intensiva sono previste aree funzionali di Rianimazione ed anestesia, Terapia intensiva, Unità coronarica.
- Le Funzioni di altri Raggruppamenti o Servizi che devono essere in collegamento con il Raggruppamento o Servizio oggetto di lay out; ad esempio il Raggruppamento delle funzioni dell’Area Critica deve avere collegamenti con le Funzioni di Degenza appartenenti ad un altro Raggruppamento e con la Funzione Chirurgica e la Funzione Diagnostica che appartengono ai Servizi diagnostici e terapeutici.
- Le Funzioni di Raggruppamenti o Servizi appartenenti ad un un altro Subsistema diverso da quello oggetto di lay out ; ad esempio il Raggruppamento delle funzioni dell’Area Critica deve avere collegamenti con le Funzioni di Ricerca Clinica appartenenti ad un altro Subsistema quale quello della Ricerca .
- Le possibili aggregazioni di Funzioni o di singole aree funzionali dello stesso Subsistema o anche appartenenti a Subsistem diversi ; aggregazioni che possono determinare la creazione di spazi unitari o richiede comunque una continuità spaziale. Ad esempio l’area funzionale del Blocco parto, appartenente alla funzione Chirurgica fa parte integrante dell’Area materno-Infantile alla quale anche spazialmente deve essere aggregata., cosicome le funzioni di Ricerca clinica, caratterizzate dalle aree funzionali dei laboratori, possono essere aggregate ai Servizi diagnostici e terapeutici del Subsistema dell’Assistenza, pur essendo funzioni che afferiscono al Subsistema della Ricerca .
- I principali collegamenti interni tra le aree funzionali del Raggruppamento o Servizio oggetto di lay out (collegamenti diretti).
- I collegamenti più importanti del Raggruppamento o del Servizio oggetto di lay out con le Funzioni di altri Raggruppamenti o Servizi (collegamenti prioritari).
- I collegamenti per ottimizzare lo svolgimento delle Funzioni (collegamenti funzionali).

Anche in questo caso va ricordato come i lay-out non vadano letti in senso planimetrico ma costituiscono semplicemente uno schema di organizzazione funzionale.

Fig.26



Funzioni dell’Area Critica

L’Area Critica costituisce il punto di riferimento delle emergenze programmate provenienti dalla città di Padova e dai territori ed ospedali collegati e prevede le seguenti aree funzionali:

- Accoglienza, con la funzione di smistamento delle emergenze per alte specialità
- quattro alte specialità: Trauma Centre, Stroke Unit, Trapianti e Unità spinali
- una ampia zona dedicata all’Osservazione breve intensiva organizzata nelle tre aree funzionali destinate alla Rianimazione ed anestesia, Terapia intensiva ed Unità coronaria

L’Area Critica dovrà avere dei collegamenti prioritari con le funzioni chirurgiche e diagnostiche nonché con le funzioni di Ricerca clinica , collegamenti funzionali dovranno essere garantiti con le Degenze e con la Day Service

Funzioni dell'Area Medico-Chirurgica

L'Area Medico-Chirurgica è dedicata all'Alta assistenza degli acuti, con particolare attenzione al malato oncologico. A tal proposito si ricorda che le prestazioni ed i servizi ora attivi nell'Istituto Oncologico del Veneto (IOV) verranno potenziati e spostati nel nuovo Polo che costituirà, per la sua eccellenza, un punto di riferimento per l'intero territorio regionale ed extraregionale.

L'Area Medico-Chirurgica viene organizzata in aree di degenza continuativa e di degenza diurna di tipo medico (Day Hospital) e di tipo chirurgico (Day Surgery). Tra le due tipologie di degenze dovranno essere garantiti collegamenti diretti. Collegamenti prioritari dovranno essere assicurati invece con le funzioni di Accoglienza e OBI dell'Area Critica e con le funzioni diagnostiche e chirurgiche, nonché con le funzioni della Ricerca clinica. In particolare le degenze diurne dovranno prevedere collegamenti prioritari con le funzioni ambulatoriali (comprese quelle di Day Service) e di servizio pubblico. A tal proposito è da evidenziare la possibilità di concentrare in un unico ambito le prestazioni diurne creando, in tal modo, una vera e propria struttura diurna.

L'Area dovrà prevedere facili e razionali collegamenti funzionali con i supporti logistici, tecnici e amministrativi.

Funzioni dell'Area Materno-infantile

L'Area Materno-Infantile è da intendersi principalmente riferita alla assistenza del bambino e della madre con particolare attenzione alle patologie acute neonatali e pediatriche e, per le donne, all'assistenza di ostetricia e di procreazione assistita.

L'Area Materno-Infantile, con accettazione dedicata, viene organizzata in aree di degenza continuativa e di degenza diurna di tipo medico (Day Hospital) e di tipo chirurgico (Day Surgery). Tra le due tipologie di degenze dovranno essere garantiti collegamenti diretti e sempre collegamenti diretti devono essere garantiti con le aree destinate alle funzioni ambulatoriali (Ambulatori normali e Day Service). Anche per questa area è da prevedere una concentrazione di tutte le prestazioni diurne in modo tale da facilitare i flussi e ottimizzarne il funzionamento e la gestione. L'Area Materno-Infantile avrà al suo interno un serie di funzioni diagnostiche specialistiche e chirurgiche (compreso il Blocco parto) in collegamento prioritario con le funzioni diagnostiche e chirurgiche generali, con le quali funzioni può condividere lo stesso ambito spaziale. Così come potrà avere all'interno della propria area uno spazio dedicato all'emergenza pediatrica o condividere con l'Accoglienza generale delle emergenze lo stesso ambito spaziale con, ovviamente, spazi riservati al bambino e alla madre (emergenza ostetrica).

L'Area dovrà prevedere collegamenti prioritari con le funzioni di ricerca clinica, nonché facili e razionali collegamenti funzionali con i supporti logistici, tecnici e amministrativi.

Funzioni dell'Area Geriatrica (assistenza, diagnosi e terapia)

L'Area Geriatria, per le funzioni previste al suo interno, viene a costituire una vera e propria struttura dedicata alle patologie acute dell'anziano. L'area, con accettazione dedicata, è organizzata in aree di degenza continuativa e di degenza diurna di tipo medico (Day Hospital) e di tipo chirurgico (Day Surgery) e da Ambulatori specialistici. Le funzioni diurne ed ambulatoriali dedicate all'anziano possono essere anche aggregate alle funzioni diurne ed ambulatoriali generali, con, ovviamente, spazi dedicati ed opportunamente attrezzati. La stessa organizzazione può essere riferita alla diagnostica specialistica, che può fare parte integrante dei servizi diagnostici generali. In particolare negli ambulatori specialistici sono considerati anche i servizi che possano assicurare la presa in consegna del paziente anziano e assicurargli la continuità delle cure anche presso strutture territoriali. Nella diagnostica specialistica sono invece previste soprattutto le prestazioni inerenti alle patologie degenerative ed invalidanti.

Dal punto di vista delle connessioni e delle interrelazioni tra le aree funzionali si ritrovano le stesse indicazioni già espresse nei confronti delle altre aree: tra le tipologie di degenze dovranno essere

garantiti collegamenti diretti, così come collegamenti prioritari dovranno essere assicurati con le funzioni di Accoglienza e OBI dell'Area Critica.

Anche l'Area dovrà prevedere collegamenti prioritari con le funzioni di ricerca clinica, nonché facili e razionali collegamenti funzionali con i supporti logistici, tecnici e amministrativi.

Funzioni della Diagnostica e chirurgia e Funzioni ambulatoriali

I Servizi diagnostici e terapeutici generali sono caratterizzati da due raggruppamenti di aree funzionali: quelle della funzione di diagnostica e chirurgica (normale ed avanzata) e quelle della funzione ambulatoriale. La funzione diagnostica e chirurgica costituirà il baricentro dell'intero Subsistema dell'Assistenza, pertanto dovranno essere garantiti collegamenti prioritari con le funzioni di degenza, con le funzioni ambulatoriali, nonché con l'Area critica e con le funzioni di Ricerca clinica. Si ricorda che l'area funzionale del Blocco parto dovrà essere vista in aggregazione funzionale con l'intera area Materno-infantile. La funzione ambulatoriale, caratterizzata da Poliambulatori e Day Service, dovranno altresì prevedere collegamenti prioritari con le Degenze diurne, con i Servizi Pubblici e con i supporti amministrativi. Per l'intero Servizio sono da prevedere collegamenti funzionali con i supporti logistici.

Funzioni di Ricerca di base, preclinica e clinica e Servizi di supporto alla Ricerca

I Servizi di Laboratorio e terapie innovative afferenti al Subsistema della Ricerca sono organizzati in due Servizi distinti: l'Area Biomedica che raggruppa le aree funzionali della Ricerca di base e preclinica e l'area destinata alla Ricerca clinica, strettamente interconnessa con il Subsistema dell'Assistenza. Le funzioni di ricerca dovranno essere in collegamento prioritario con i Servizi di supporto alla ricerca, con i quali è possibile una aggregazione di area.

Funzioni di didattica e Centri interdisciplinari

Le funzioni di didattica prevedono aule e servizi di supporto per ogni tipo di didattica (in aula, applicata, a distanza e simulata) e costituiscono nel loro insieme i Servizi di didattica e formazione, strettamente interconnessi con i Servizi di interscambio scientifico. Questi ultimi sostanzialmente organizzati in Centri interdisciplinari ed aree e servizi di supporto possono essere aggregati con le precedenti funzioni. Per ambedue i servizi dovranno essere previsti collegamenti prioritari con il Subsistema della Ricerca. In particolare le funzioni di didattica applicata e simulata dovranno avere collegamenti prioritari con alcune aree del Subsistema dell'Assistenza.

Funzioni di supporto logistico, tecnico e amministrativo

Le tre funzioni caratterizzano i Servizi gestionali e data la loro importanza, anch'essi dovranno costituire, specie quelli di supporto logistico, il cuore operativo dell'intera struttura. In particolare l'area funzionale dell'Accettazione dovrà essere in posizione strategica rispetto ai percorsi principali ed in collegamento prioritario, oltre che con le degenze, anche con i servizi pubblici e le funzioni ambulatoriali.

Funzioni di pubblico servizio e relazioni esterne

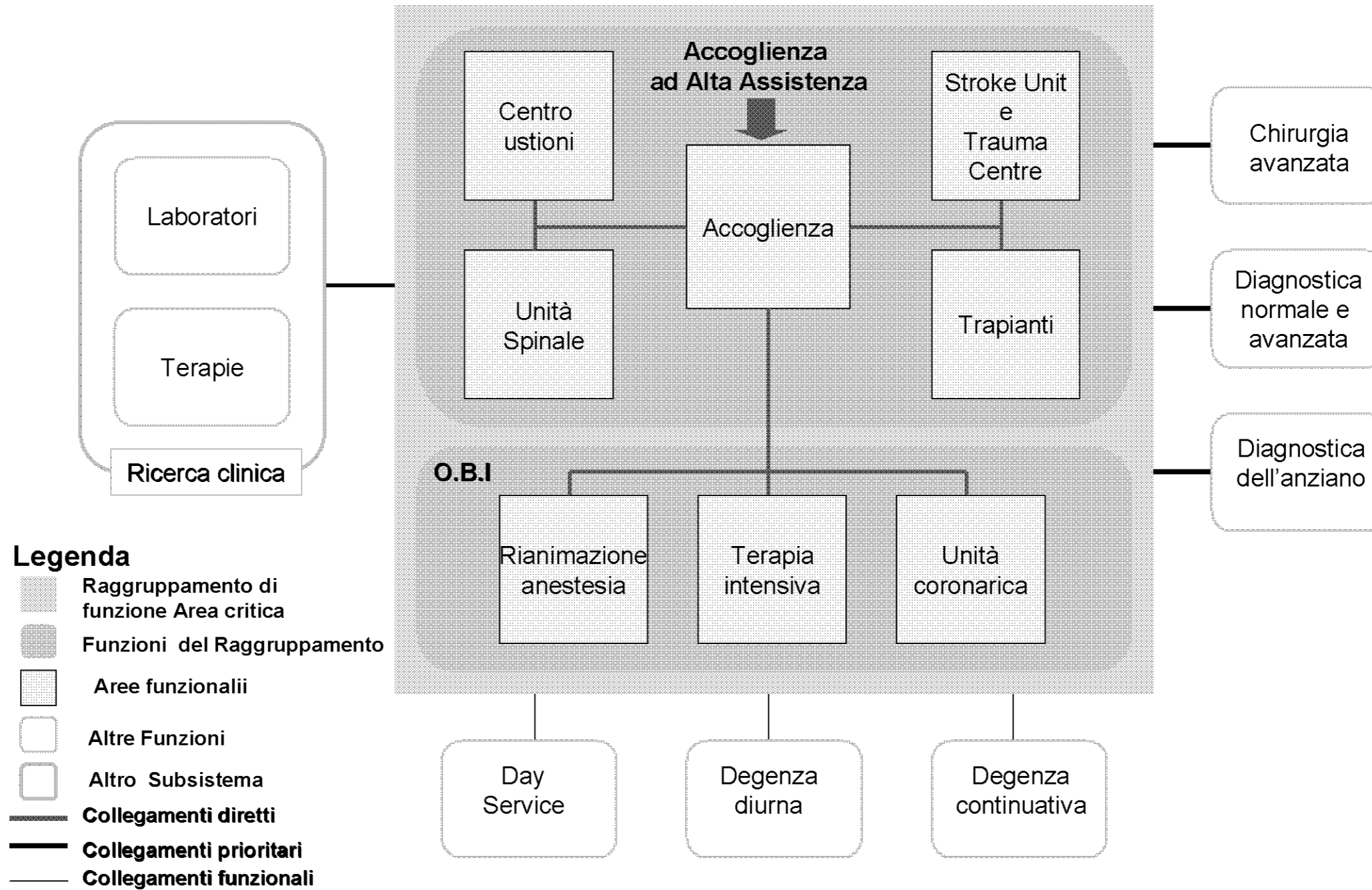
Anche queste funzioni dovranno essere allocate in posizione strategica e di facile accessibilità ed in collegamento prioritario con i tre Subsistemi dell'Assistenza, Ricerca ed Insegnamento.

Funzioni alberghiere, di mobilità e accessibilità e di residenzialità

Infine i Servizi per la Recettività distinte nelle tre funzioni a carattere alberghiero, di servizio pubblico e di residenzialità verranno a costituire il vero e proprio campus del nuovo Polo Patavium.

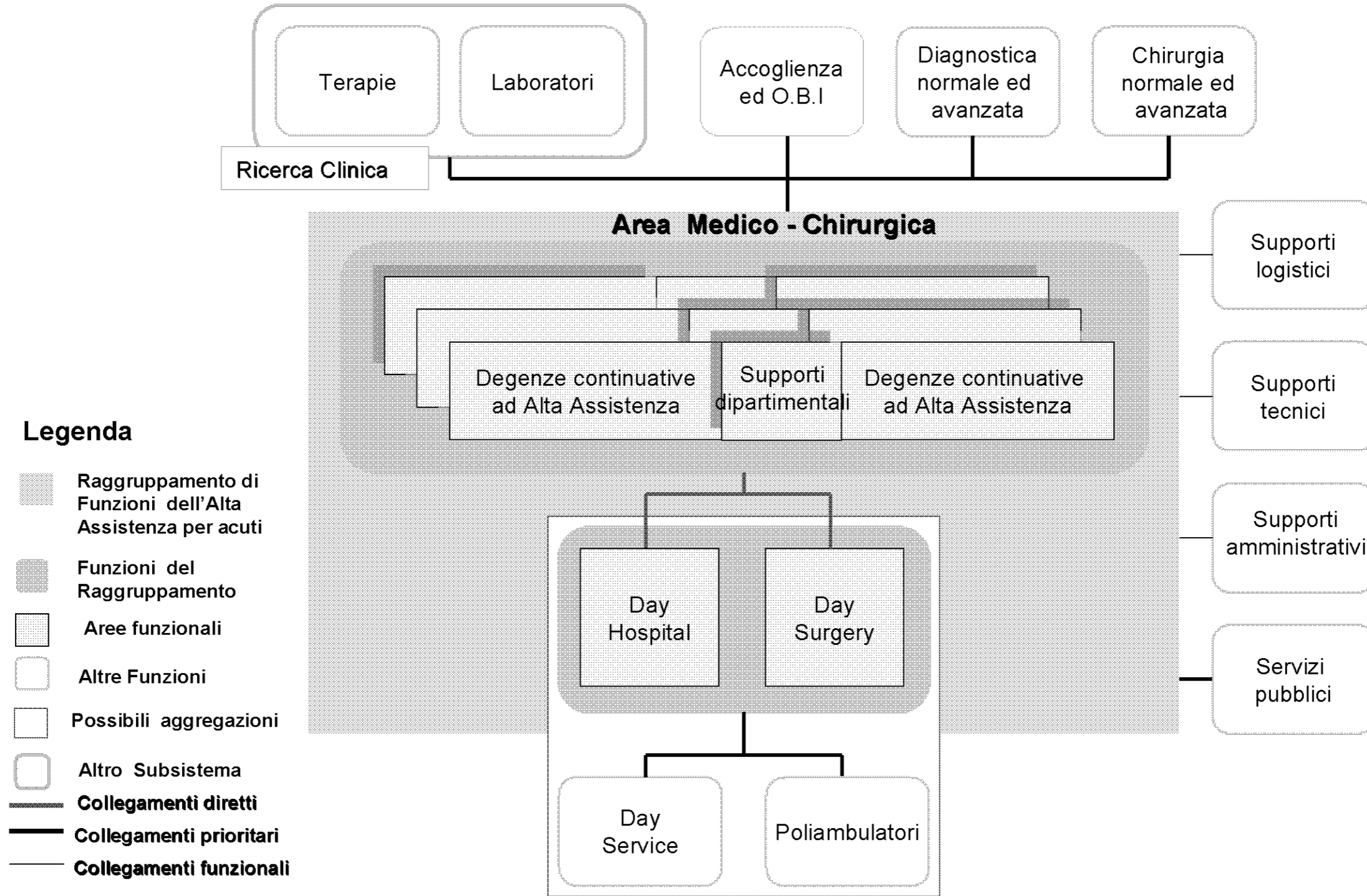
SUBSISTEMA per L'ASSISTENZA
Servizi clinico assistenziali

Lay out del Raggruppamento di funzioni dell'Area Critica



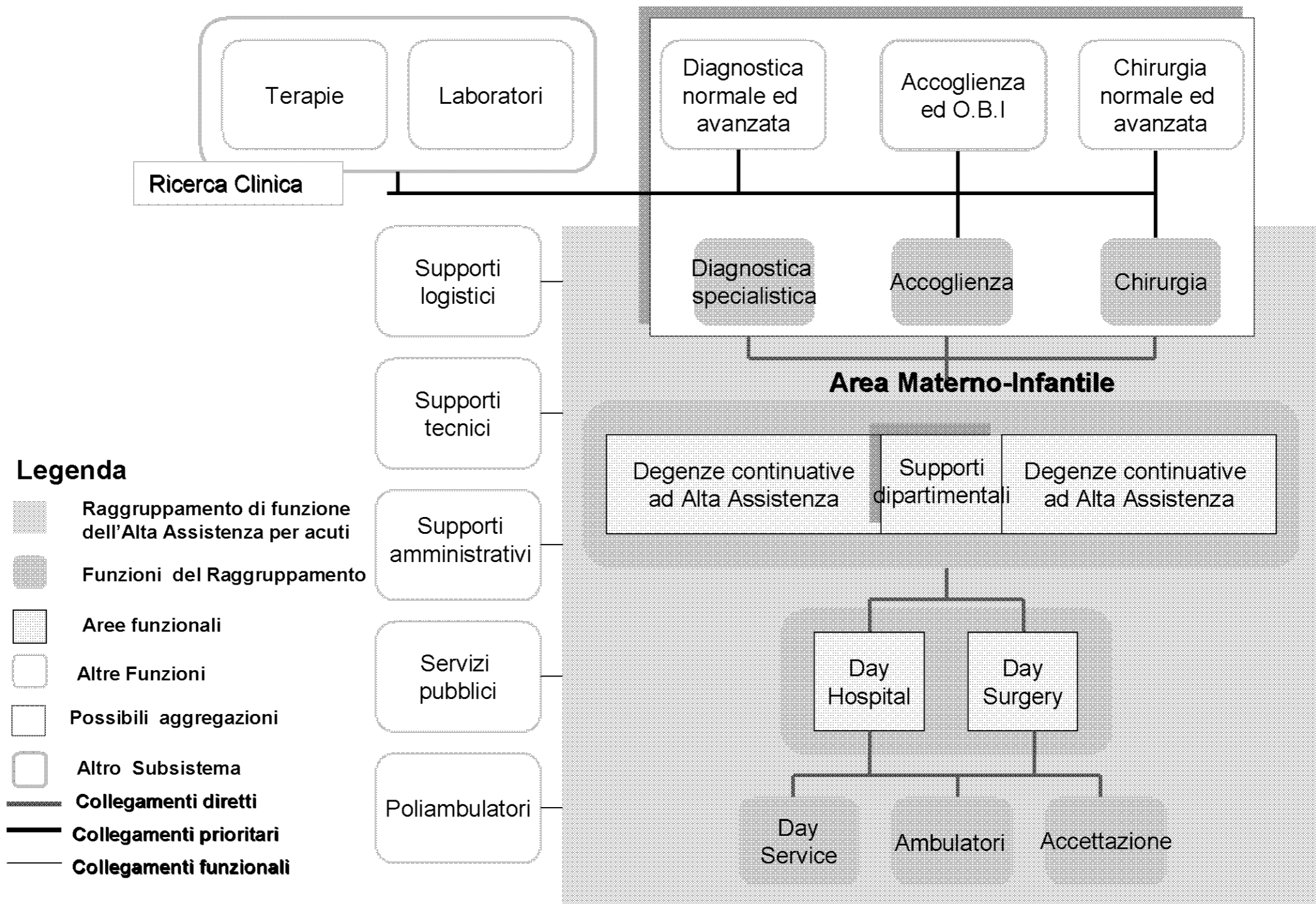
SUBSISTEMA per L'ASSISTENZA
 Servizi clinico assistenziali

Lay out del Raggruppamento di funzioni dell'Alta assistenza per acuti (1)



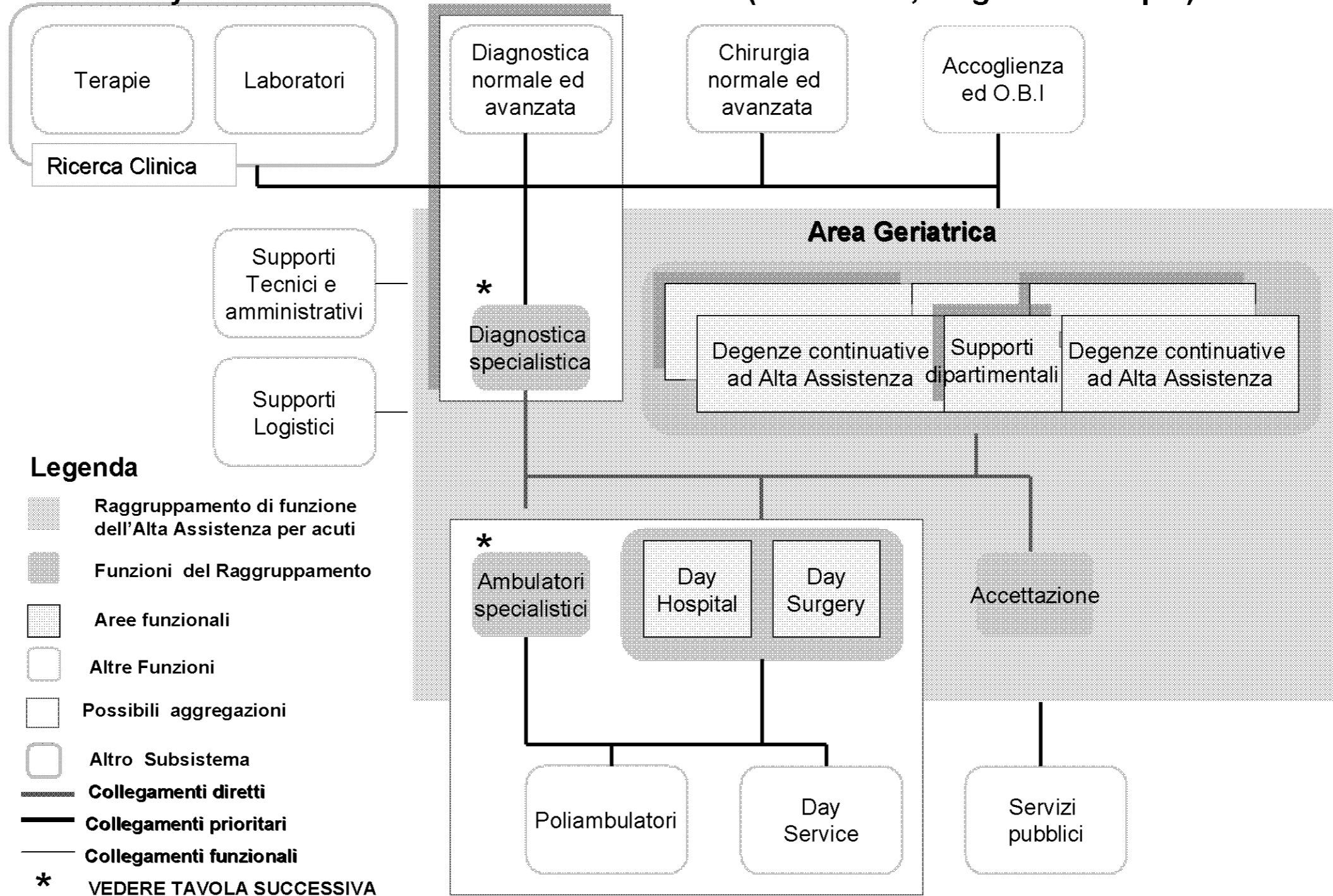
SUBSISTEMA per L'ASSISTENZA
Servizi clinico assistenziali

Lay out del Raggruppamento di funzioni dell'Alta assistenza per acuti (2)



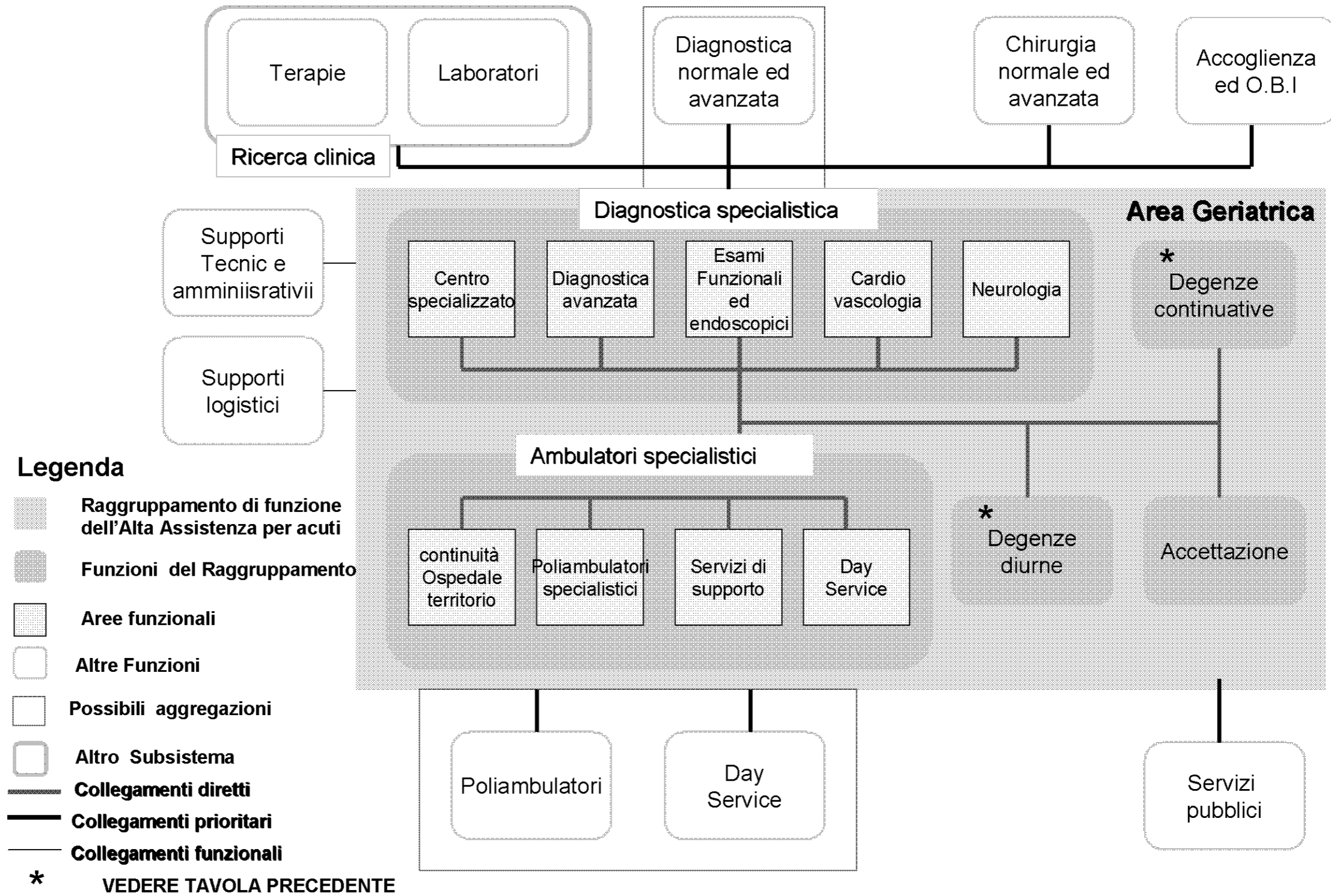
SUBSISTEMA per L'ASSISTENZA
 Servizi clinico assistenziali

Lay out delle Funzioni dell'Area Geriatrica (assistenza, diagnosi e terapia)



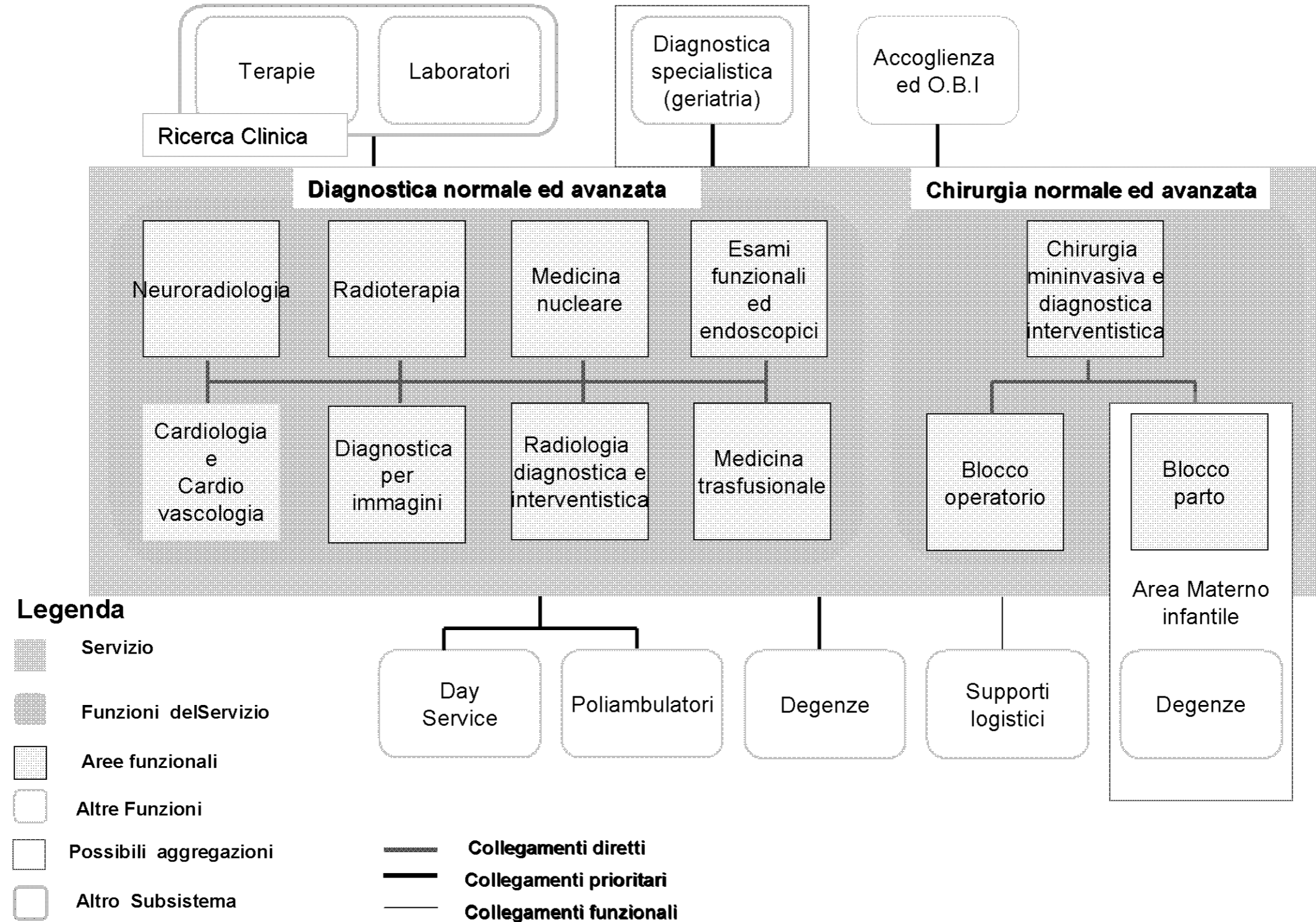
SUBSISTEMA per L'ASSISTENZA
 Servizi diagnostici e terapeutici per l'anziano

Lay out delle Funzioni di diagnosi e terapia dell'Area Geriatrica



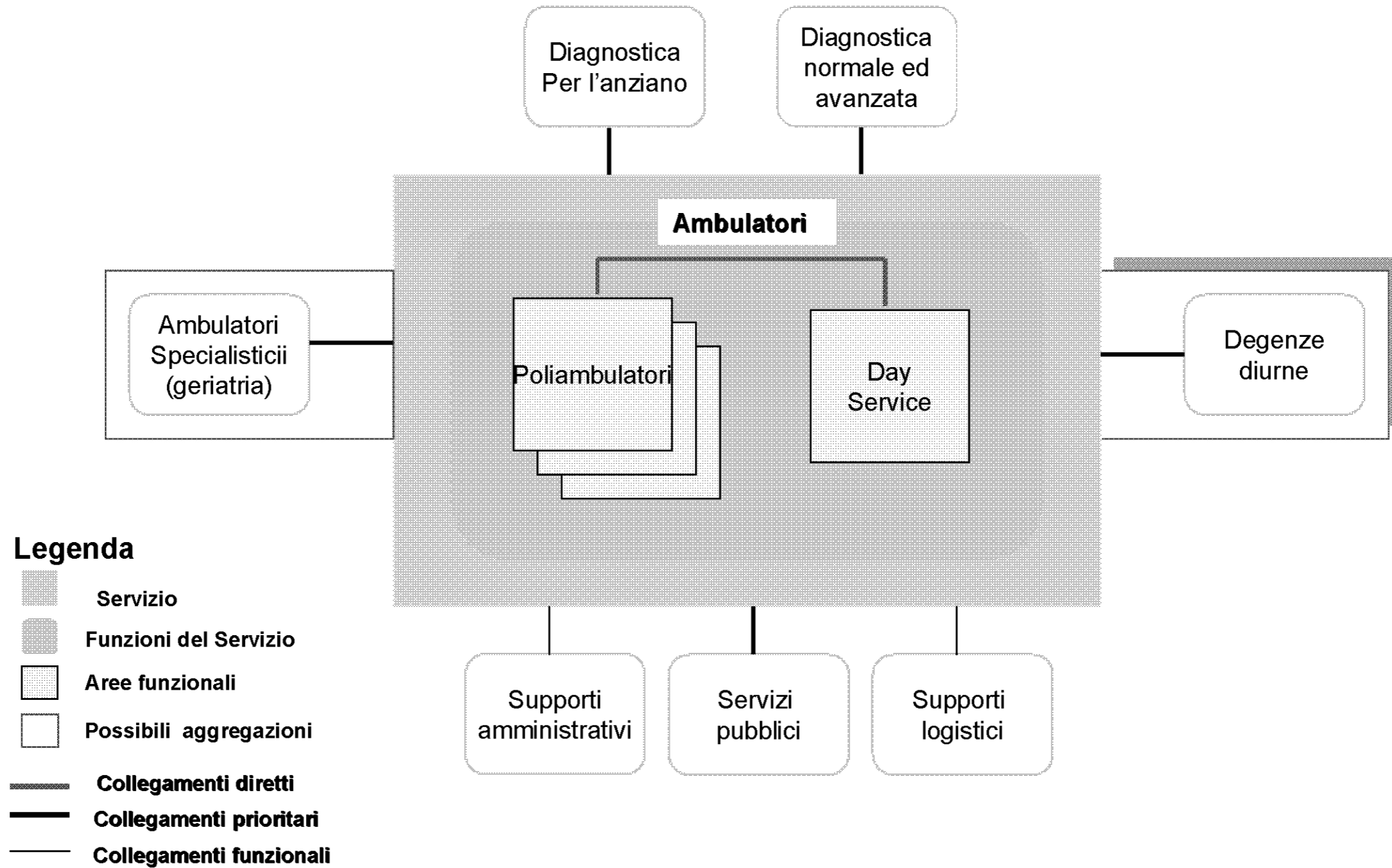
SUBSISTEMA per L'ASSISTENZA
 Servizi diagnostici e terapeutici generali

Lay out delle Funzioni della Diagnostica e Chirurgia



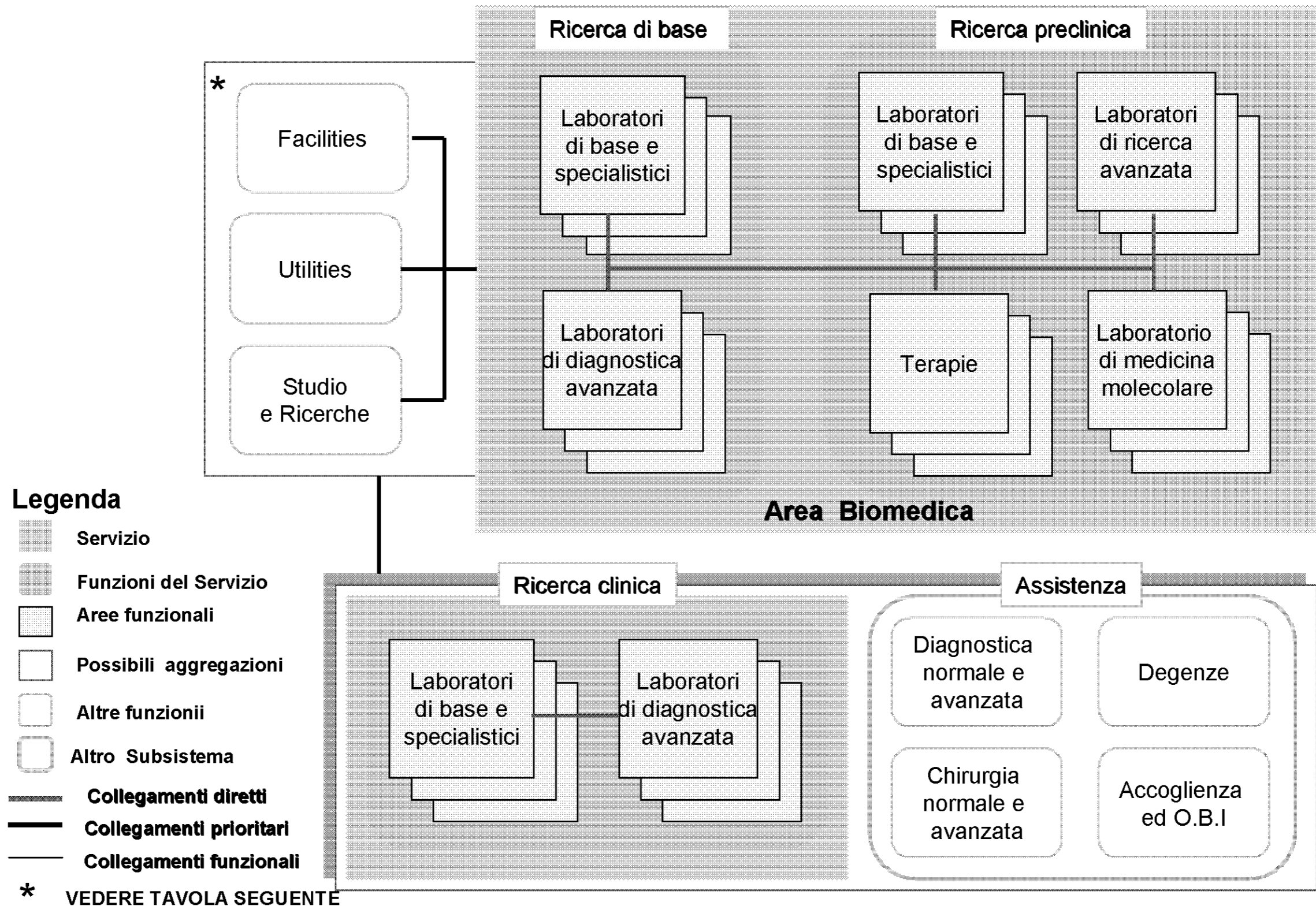
SUBSISTEMA per L'ASSISTENZA
Servizi diagnostici e terapeutici generali

Lay out delle Funzioni Ambulatoriali



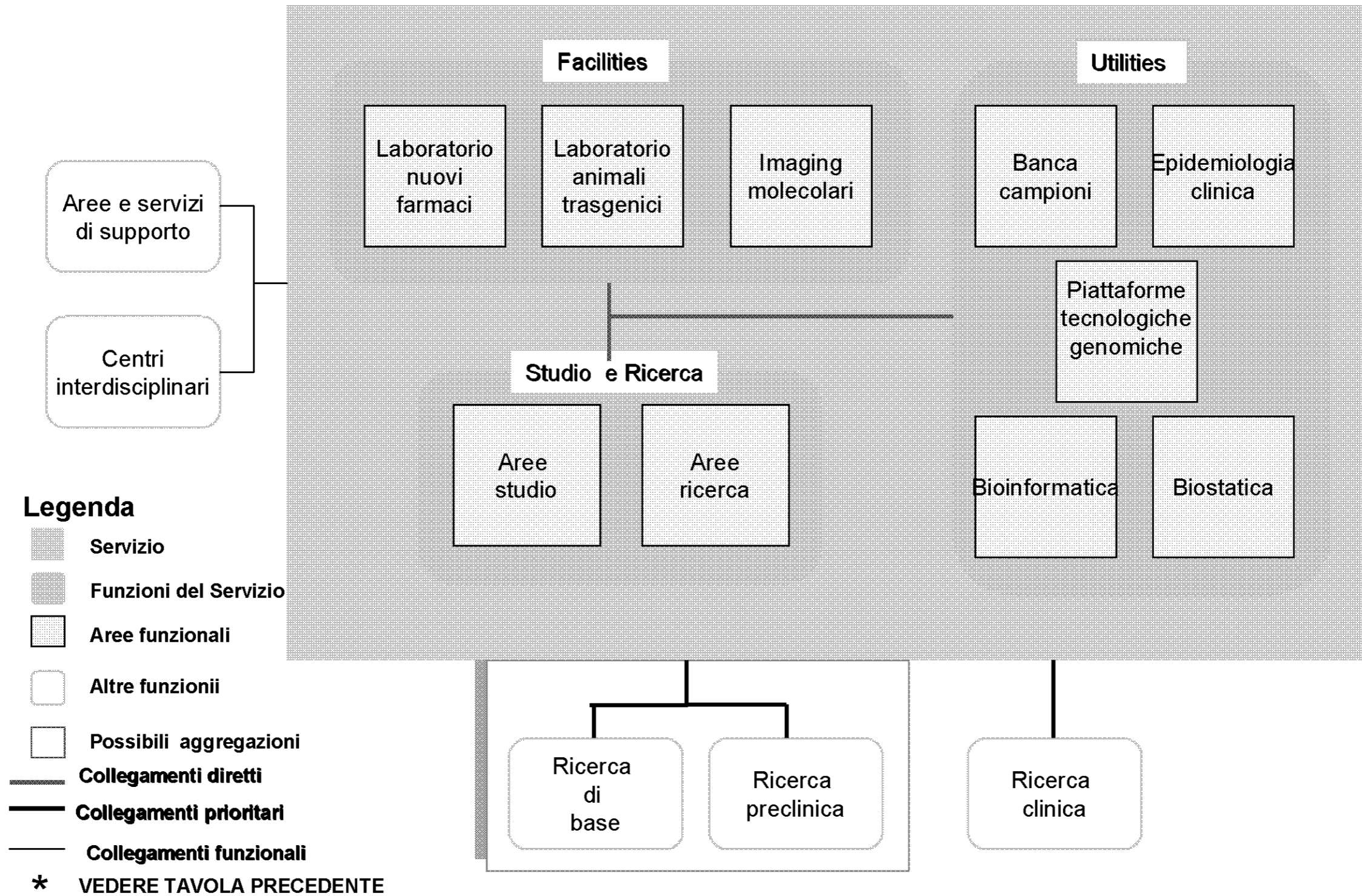
SUBSISTEMA per La RICERCA
 Servizi di laboratorio e terapie innovative

Lay out delle Funzioni Ricerca di Base, Preclinica (Biomedica) e Clinica

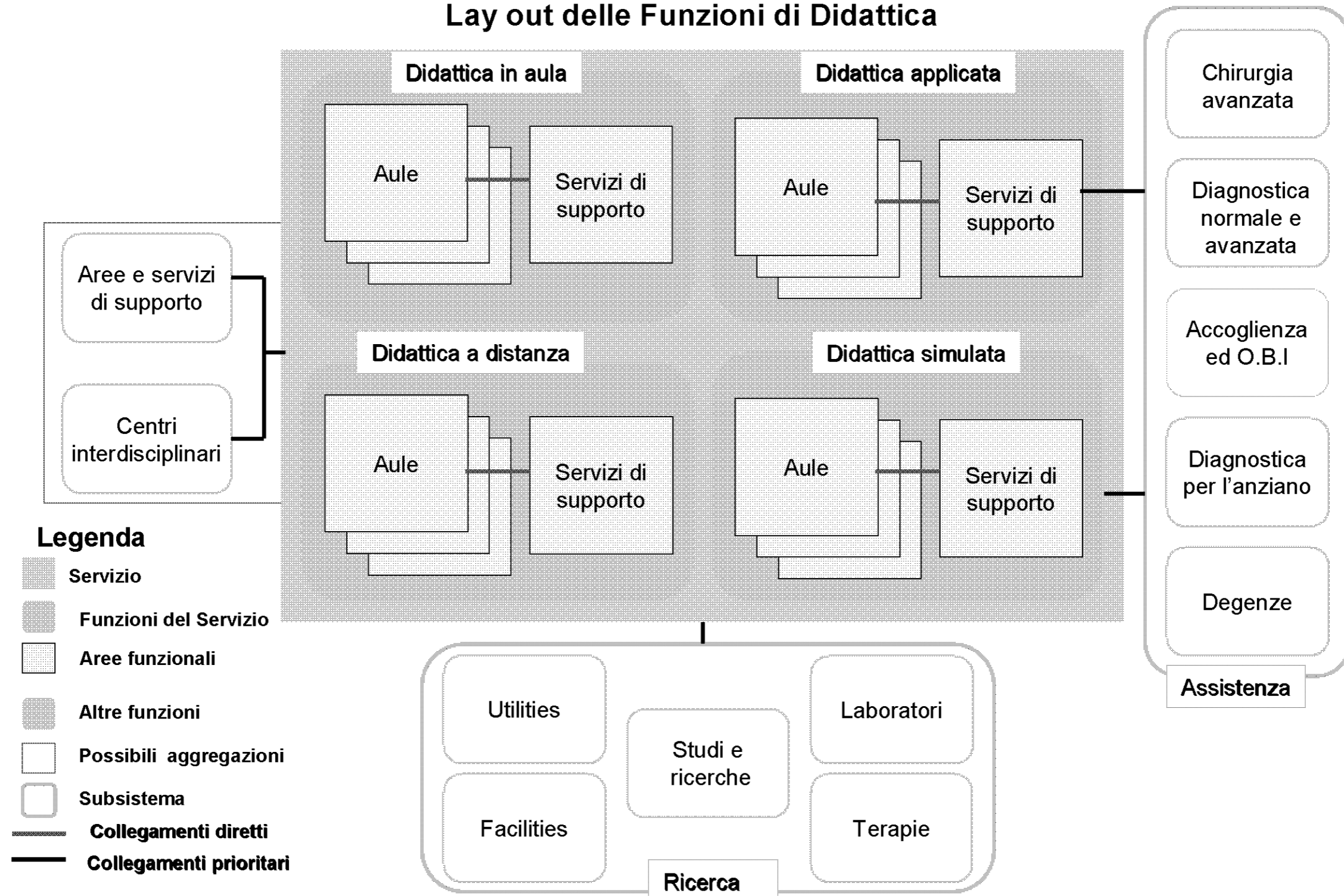


SUBSISTEMA per La RICERCA
Servizi comuni alla ricerca

Lay out delle Funzioni dei Servizi di supporto alla Ricerca

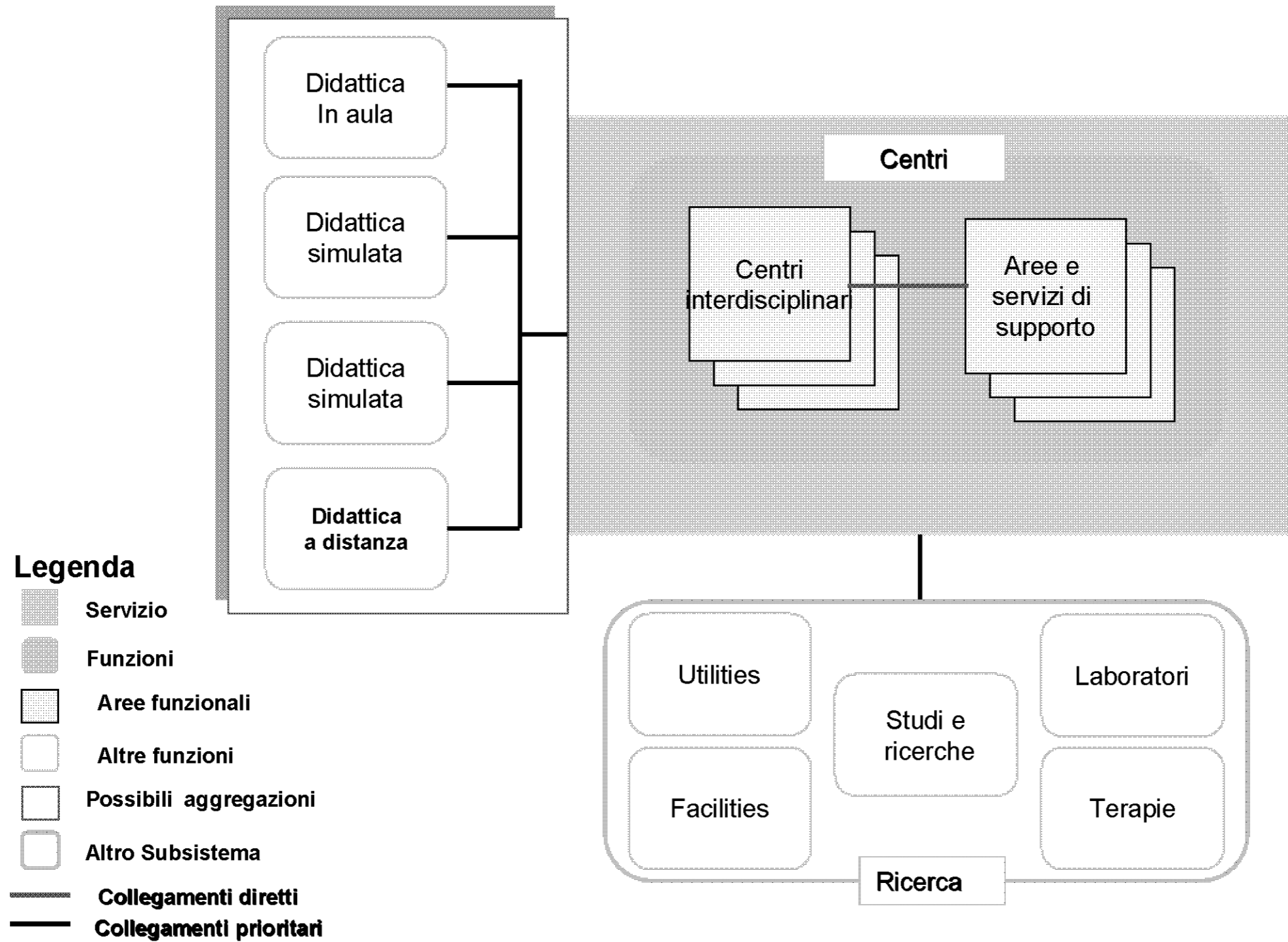


SUBSISTEMA per L'INSEGNAMENTO Servizi di didattica e formazione **Lay out delle Funzioni di Didattica**



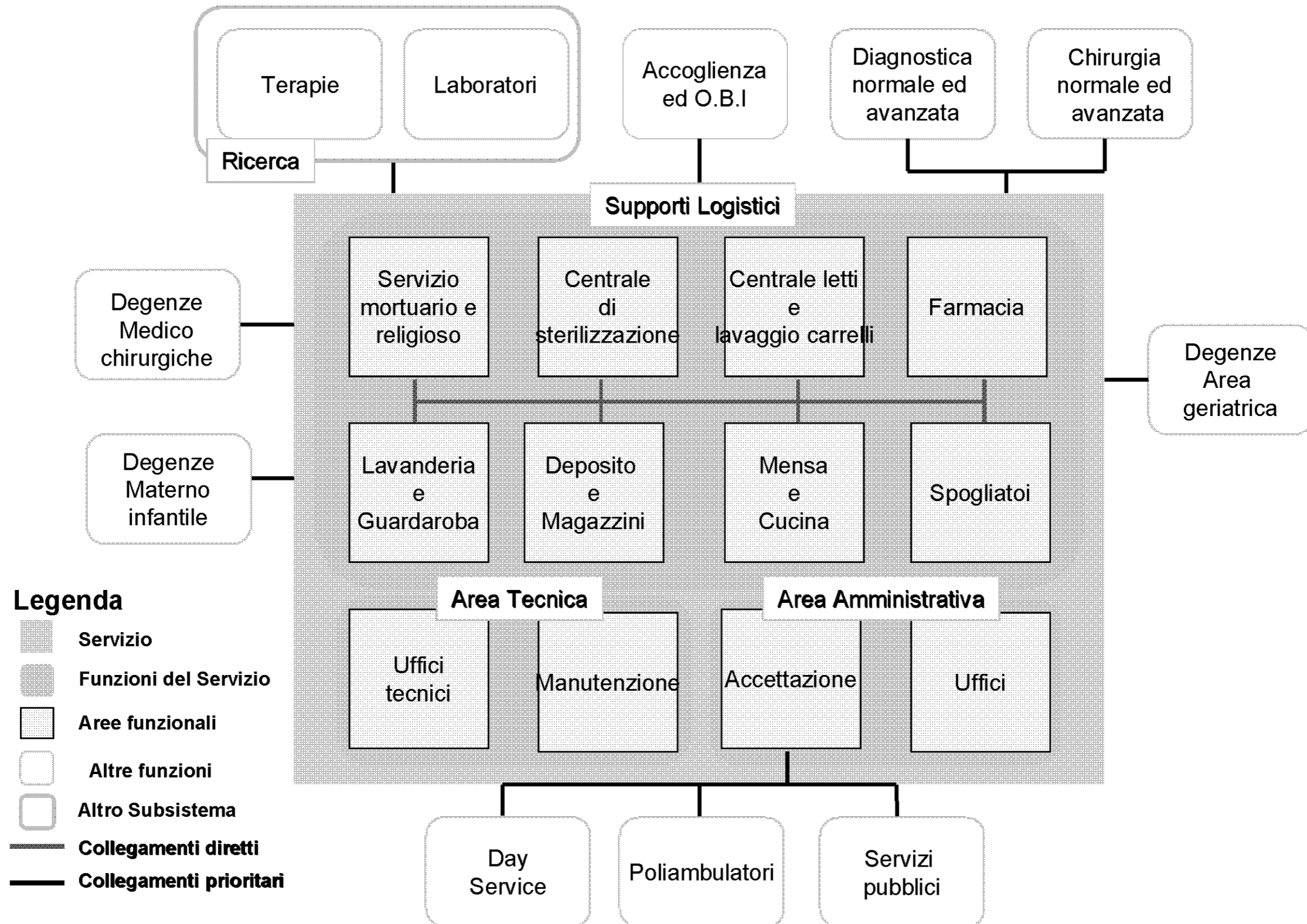
SUBSISTEMA per L'INSEGNAMENTO
Servizi di interscambio culturale

Lay out delle Funzioni di centri interdisciplinari, aree e servizi di supporto



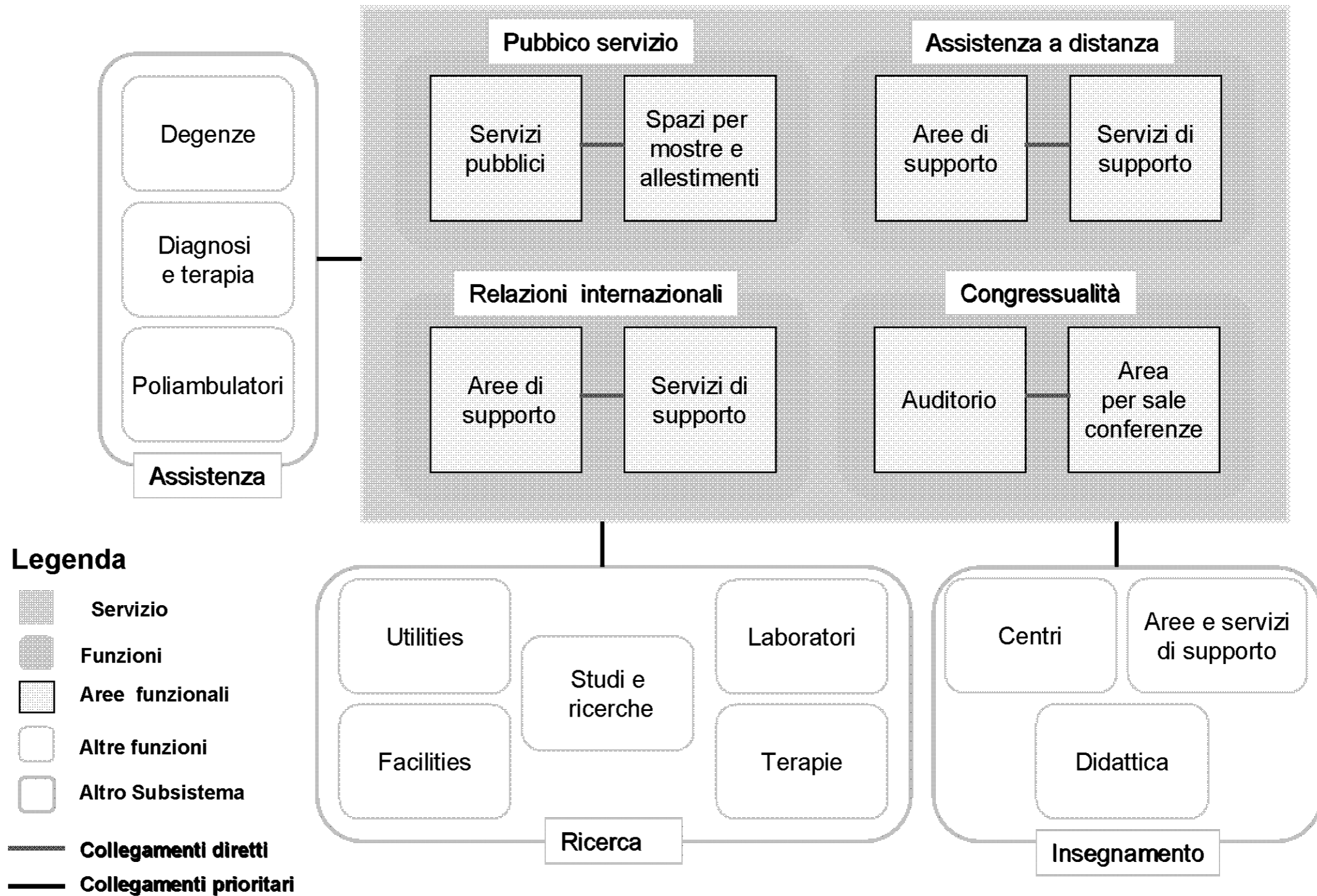
SUBSISTEMA di SUPPORTO GENERALE
 Servizi gestionali

Lay out delle Funzioni di Supporto logistico, Area tecnica e amministrativa



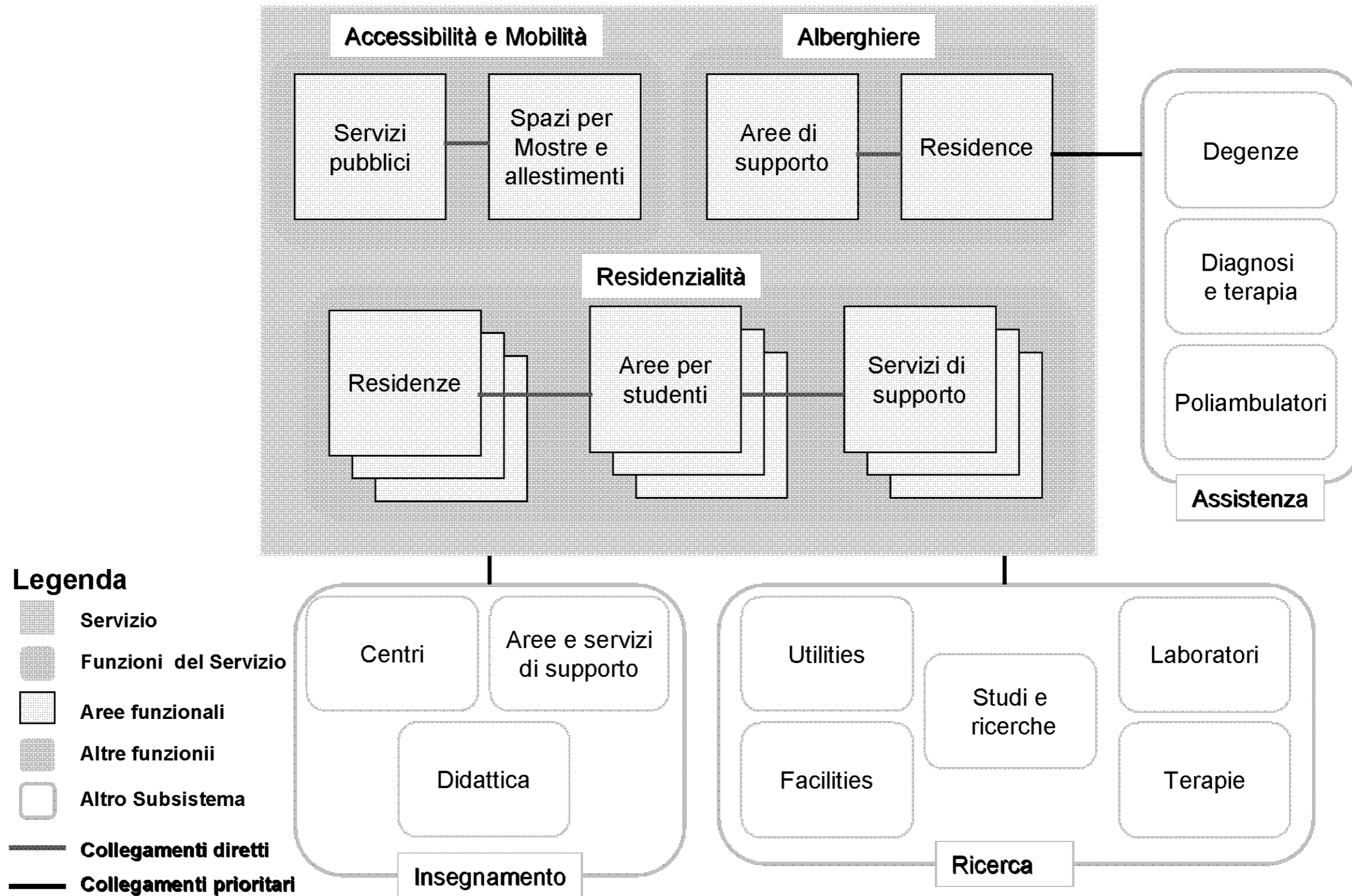
SUBSISTEMA di SUPPORTO GENERALE
 Servizi pubblici e relazioni esterne

Lay out delle Funzioni di Pubblico servizio, Assistenza, Relazioni, Congressualità

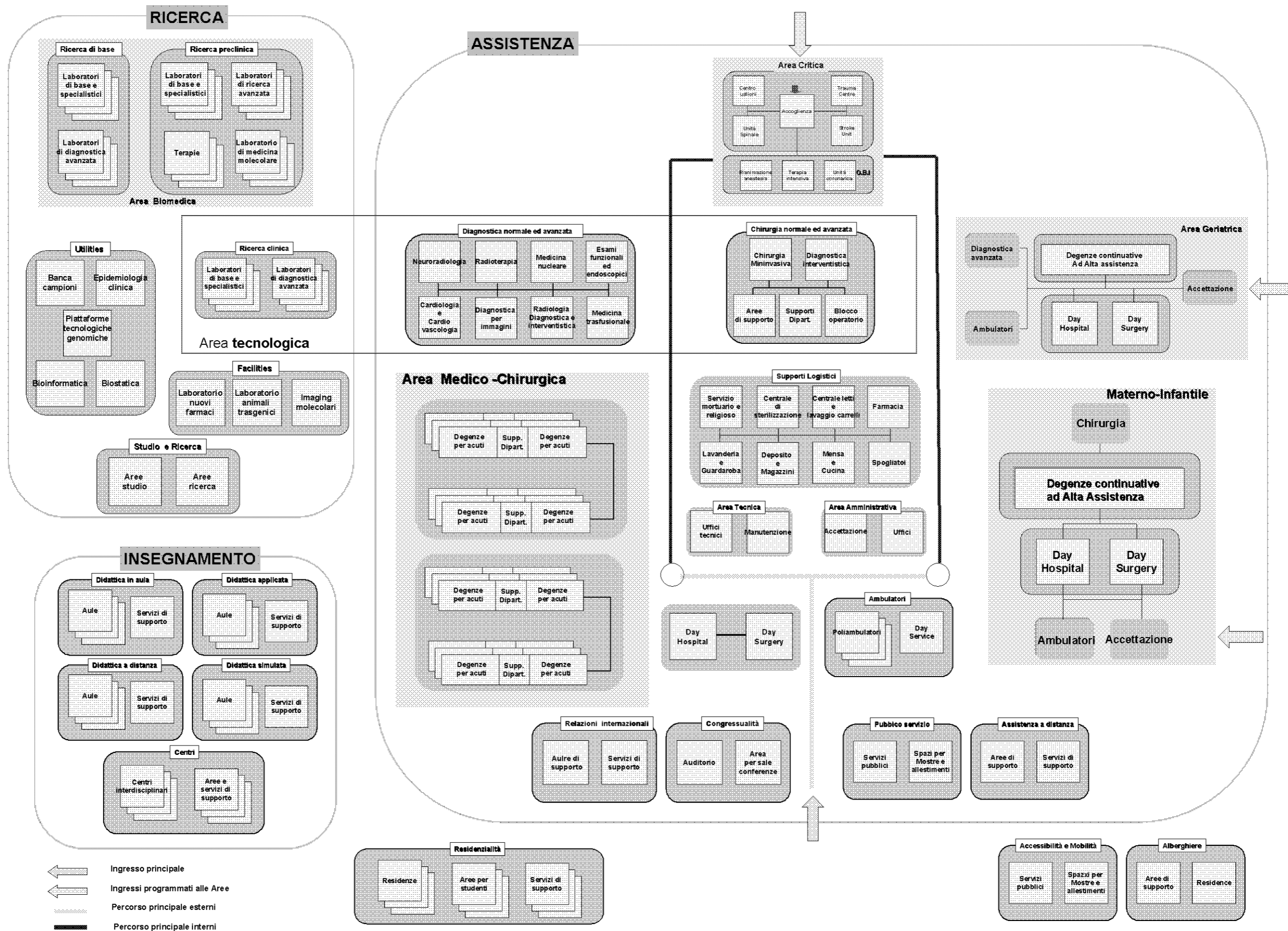


SUBSISTEMA di SUPPORTO per LA RECETTIVITA'
Servizi per la recettività

Lay out delle Funzioni Alberghiere, per Accessibilità- Mobilità e Residenzialità



5.6 Il Master plan



5.6 Le fasi funzionali

L'iniziativa del nuovo Polo così come configurata dal Documento Preliminare Strategico presenta contenuti di complessità e di vastità tale da rendere necessaria anche una analisi delle possibili dinamiche di implementazione, analisi che ha condotto a prefigurare un processo realizzativo articolato per fasi, diacroniche e sincroniche. Questa articolazione per fasi si rende necessaria anche per valutare gli aspetti procedurali, economici e finanziari correlati al compimento dell'iniziativa.⁵¹

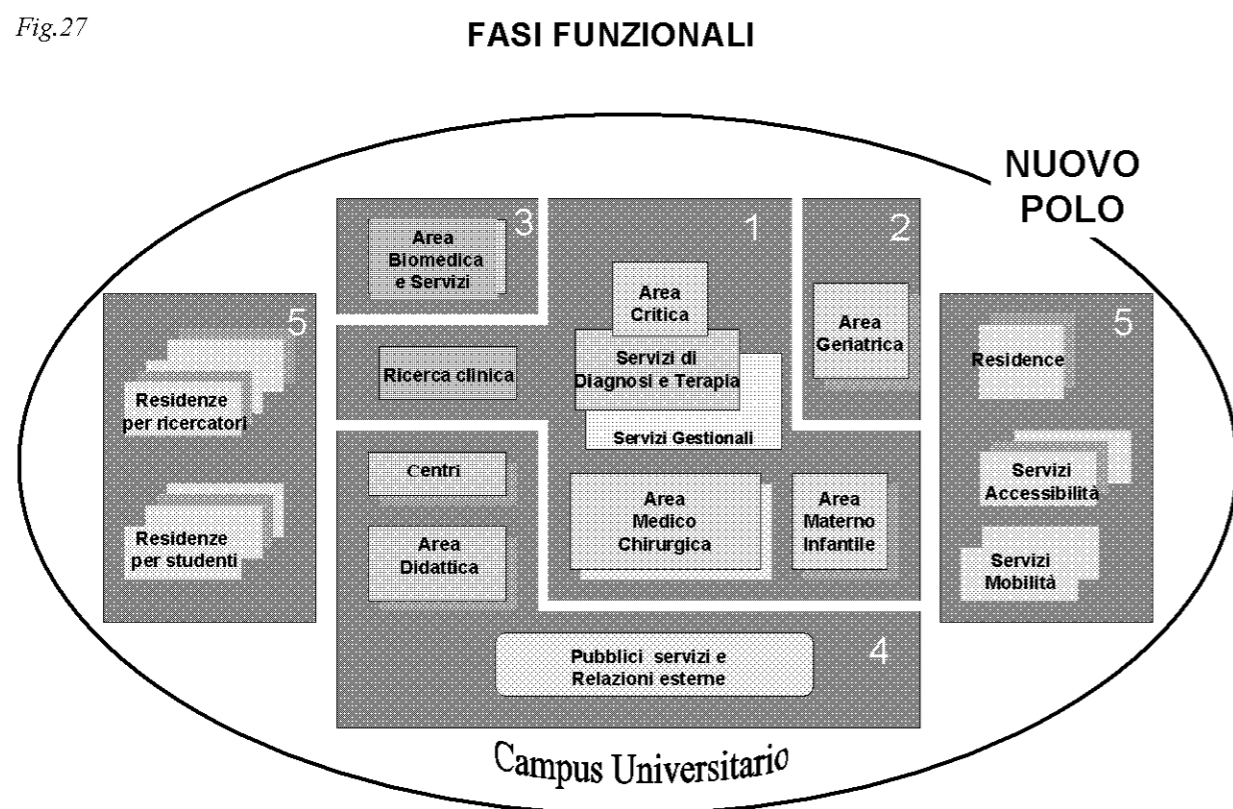
Nello schema che segue (Fig.27) sono riportate le "Fasi funzionali" in cui può essere articolato l'intervento. Le stesse fasi sono ricapitolate nella correlata tabella dove vengono riportate anche le estensioni superficiali che potrebbero essere assegnate a ciascuna fase.

La fase non va intesa nell'accezione riduttiva di lotto di realizzazione.

Ciascuna di esse rappresenta il compimento di una parte significativa di un programma complesso come Patavium; ogni fase è in grado di concretizzare in piena autonomia funzionale alcuni degli obiettivi affidati all'intervento, senza pregiudicare l'unitarietà ed integrazione del programma realizzativo. In particolare :

- fase 1: Subsistema dell'Assistenza, esclusa l'Area geriatrica, parte del Subsistema di supporto riferito ai servizi gestionali e parte del Subsistema della Ricerca, quella cioè riferita alla ricerca clinica strettamente connessa con i servizi diagnostici e terapeutici dell'Assistenza
- fase 2 Area geriatrica, con i servizi diagnostici e terapeutici specialistici
- fase 3 Area Biomedica (Ricerca di base e preclinica)
- fase 4 Area didattica, Centri interdisciplinari ed i Servizi dedicati al pubblico e alle relazioni esterne
- fase 5 Servizi per la Recettività

Fig.27



Proprio per questo le fasi di cui qui si discorre non debbono essere necessariamente diacroniche in quanto avviabili con reciprocità variabili. In altri termini il processo realizzativo che esse prefigurarono e richiedono non presenta una rigida scansione lineare, con fasi che debbono inseguirsi con rapporti di inizio-fine: l'autonomia funzionale e programmatoria delle singole fasi rende praticabili alternative procedurali diverse, con sincronie e sovrapposizioni che potrebbero essere imposte dalla complessità anche economica e finanziaria che il nuovo Polo presenta.

IPOTESI DI DIVISIONE IN FASI

Fase1	Assistenza Acuti e Ricerca Clinica	
	Area Critica (Accoglienza ed OBI)	21000
	Assistenza per acuti	46000
	Servizi diagnostici e terapeutici gen.	59000
	Servizi gestionali	27000
	Ricerca clinica	7000
	Totale fase 1	160000
Fase 2	Area geriatrica	
	Assistenza per anziano	27000
	Servizi diagnostici e terapeutici	10000
	Totale fase 2	37000
Fase 3	Ricerca Biomedica e Servizi	
	Ricerca Biomedica	63000
	Servizi di supporto alla ricerca	25000
	Totale fase 3	88000
Fase 4	Area Didattica e Centri	
	Didattica e Formazione	20000
	Centri interdisciplinari	30000
	Totale fase 4	50000
Fase 5	Servizi pubblici, relazioni esterne e Recettività	
	Servizi pubblici e relazioni esterne	15000
	Residence	6500
	Aree e Servizi di supporto	2500
	Campus e servizi studente	21000
	Totale fase 5	45000
TOTALE		380000

⁵¹ Per questi aspetti si rimanda alla seconda parte.

6. Suggerimenti per la fase di progettazione.

6.1 Indirizzi per la scelta del sito

Nell'individuazione del sito nel quale insediare il nuovo Polo - come delineato dalle analisi e considerazioni sistemiche del Documento - si dovrà partire da quanto emerso dalle previsioni del Programma edilizio, ovvero dalla Superficie Utile Lorda stimata in 380.000 m², a cui si deve aggiungere la superficie dei parcheggi e la superficie da destinare alle aree verdi ed agli spazi attrezzati

La consistenza dimensionale dell'intervento è tale da far immaginare che le soluzioni vagliabili non possano essere numerose: in ogni caso si procederà ad un'analisi comparativa delle diverse alternative.

A tale fine per ogni possibile candidatura dovranno essere rilevati, ai fini di una comparazione affidabile e su basi omogenee, i seguenti parametri:

- Ubicazione rispetto alla città di Padova e alla viabilità principale
- Configurazione planimetrica
- Superfici: parziali e complessivamente acquisibile
- Disponibilità: titolarità, proprietà, attuale destinazione
- Possibilità di ampliamento
- Caratteristiche fisiche: morfologia superficiale, stabilità dei terreni, presenza di corpi idrici superficiali, regime e drenaggio delle acque, stratigrafie ed orizzonti litografici, profondità delle falde
- Insediamenti edilizi prossimi
- Classificazione di PRG
- Vincoli: istituzionali, ambientali, archeologici, architettonici, preesistenze significative
- Orizzonti visivi
- Accessibilità attuale
- Sviluppo programmato dell'accessibilità
- Salubrità dell'aria: presenza di emanazioni aeree legate ad attività industriali, agricole e di allevamento
- Inquinamento acustico: prossimità di sorgenti di rumore
- Infrastrutturazione secondaria: reti idriche, reti fognarie, rete gas, reti elettriche, reti industriali, servitù.
- Documentazione di corredo.

Il quadro informativo delineato dalla precedente lista può essere riguardato come un'elencazione di criteri di selezione ai quali potranno essere associati indicatori con i quali vagliare, mediante incrocio matriciale, le diverse alternative localizzative. L'individuazione degli indicatori sarà completata da una loro definizione qualitativa e, se del caso, quantitativa così come potrà essere accompagnata da una eventuale pesatura degli stessi per sottolineare la maggiore o minore valenza del singolo indicatore ai fini della coerenza della localizzazione con gli indirizzi e le scelte di programmazione.

Con riferimento alla *checking list* sopra riportata gli indicatori potrebbero essere:

- Estensione
- Continuità di configurazione
- Suolo, sottosuolo e drenaggio
- Percorrenza attuale

- Percorrenza futura
- Facilità di accesso
- Collegamenti con mezzi pubblici
- Vicinanza con zone industriali
- Salubrità dell'aria dovuta alla prossimità di insediamenti agricoli e produttivi
- Inquinamento acustico
- Decoro ambientale
- Presenza e rimozione vincoli
- Tempi del processo di acquisizione
- Economicità nell'acquisizione dell'area.

Gli indicatori sopra elencati non vanno considerati come elementi *ad escludendum*: il singolo aspetto da essi portato in conto dovrà, prima di tutto, trovare collocazione in un quadro generale di valutazione e dovrà essere riguardato dal punto di vista della maggiore o minore difficoltà per il raggiungimento dell'obiettivo a cui l'indicatore fa riferimento. A titolo esemplificativo, considerando l'indicatore "facile accessibilità", ciascun sito candidato dovrà essere riguardato non nella sua conformazione al momento della scelta ma, soprattutto, in considerazione della sua potenziale infrastrutturazione, in termini realistici e sostenibili, per ottenere la desiderata accessibilità.

Nella scelta del sito adeguata importanza sarà comunque data a criteri (e relativi indicatori) più strettamente legati ad all'impostazione di sostenibilità ambientale che si vuole conferire all'intervento⁵². In ossequio a tale impostazione durante il processo di selezione sarà data preferenza a quei siti (ed a quelle localizzazioni) che non includono aree o porzioni di territorio ambientalmente "sensibili" quali ad esempio: zone umide di particolare interesse naturalistico, corpi idrici, parchi, *habitat* essenziali per la conservazione della biodiversità. Saranno inoltre privilegiate aree più sviluppate ed in continuità o prossimità di zone con adeguata densità insediativa. Specifica rilevanza nella scelta sarà, infine, accordata a localizzazioni per le quali la realizzazione del nuovo Polo possa costituire una occasione di riqualificazione o recupero territoriale del sito⁵³.

5.2 Indirizzi di progettazione

Nel presente paragrafo vengono espone alcune linee di indirizzo per la successiva fase progettuale. Il Decalogo esposto al precedente capitolo 3, con la sua articolazione in Principi e Requisiti, fornisce il quadro di riferimento a cui ancorare le successive fasi di progettazione per giungere a soluzioni in grado di soddisfare il quadro esigenziale di cui è portatore il Documento Preliminare Strategico. L'ulteriore disaggregazione dei Requisiti del Decalogo⁵⁴ potrà fornire specifiche indicazioni, prestazionali o prescrittive, in funzione dell'approfondimento richiesto alla fase di progettazione. In questa sede, comunque, si ritiene necessario approfondire ed anticipare alcuni aspetti di particolare rilevanza per un avvio di progettazione conforme alle aspettative delineate nel Documento.

⁵² I criteri che seguono sono complementari a quelli elencati nel paragrafo relativo agli indirizzi di progettazione ambientale

⁵³ Con riferimento a "Sustainable sites: Site selection, Development density & Community connectivity, Brownfield Redevelopment" in *LEED for new construction 2009*, documento in corso di definizione

⁵⁴ L'ulteriore disaggregazione può effettuarsi avendo a riferimento i diversi profili urbanistici costruttivi ed impiantistici correlabili ai diversi Requisiti, mentre in questo paragrafo ci si riferisce, in linea con la natura metaprogettuale del Documento, ai profili organizzativi, funzionali e, quanto possibile, ambientali.

⁵⁴ Il primo Principio del Decalogo riguarda proprio la "Umanizzazione"

L'impostazione progettuale propriamente detta comporta delle riflessioni e delle scelte; scelte che influenzano trasversalmente non solo i criteri generali di progettazione ma anche quelli relativi alla qualità e alla sicurezza dell'intervento.

Il progetto deve rispondere alla esigenza primaria di concepire l'intero nuovo Polo, ed in particolare la struttura ospedaliera, come luogo di accoglienza delle persone nel rispetto della loro dignità⁵⁵. Questo principio in un intervento complesso che vede coinvolto l'ambito ospedaliero ed universitario, va inevitabilmente esteso all'intera comunità. L'assistenza, la ricerca e l'insegnamento devono essere orientate al soddisfacimento delle esigenze dei diversi utenti in una visione di modello integrato. Questa visione in termini di progettazione si traduce sostanzialmente in organizzazione e caratterizzazione degli spazi secondo i canoni di *comfort* alberghiero, di facile orientamento, di possibilità di socializzazione e comunicazione nel rispetto della privacy e della individualità dei diversi fruitori. Ma ancora più a monte si traduce nell'impatto che il progetto stesso ha con il contesto localizzativo e, quindi, con il luogo: il *luogo*, inteso come riferimento per l'attribuzione dei caratteri stessi del progetto, in una logica di completa integrazione con l'ambiente, non solo dal punto di vista urbanistico ed ambientale ma anche in termini storico-culturali.

Questa logica propositiva estesa all'intera comunità - e quindi anche al territorio - si integra anche con il concetto di *sostenibilità* dell'intervento stesso, sostenibilità intesa come bilanciamento delle aspettative di benessere e sviluppo con il rispetto durevole dell'ambiente e la preservazione delle risorse naturali⁵⁶.

La qualità stessa dell'intervento nel suo complesso discenderà da questa visione generale - di integrazione e di rispetto - e dalle scelte da essa mutate. Di seguito vengono identificati ed approfonditi alcuni ambiti che, in questa ottica, si ritiene, meritino particolare attenzione.

➤ *La qualità contestuale*

Particolare cura dovrà essere posta nella realizzazione di idonei filtri di verde, di acqua e di aree attrezzate, quali collegamento invitante verso l'accesso al nuovo Polo e tali da favorire la vita collettiva all'interno dello stesso. Il progetto insediativo e delle sistemazioni esterne seguirà alcuni indirizzi:

- arretramento dell'organismo edilizio dai fronti stradali per poter disporre di ampie aree da dedicare alla accoglienza e alla socialità
- realizzazione delle superfici di parcheggio, differenziate per utenti, ma tali da poter essere diversamente utilizzate e comunque immerse nel verde
- creazione di verde attrezzato e di corsi d'acqua e laghetti artificiali con percorsi differenziati per i diversi utenti, anche a scopo terapeutico
- differenziazione dei percorsi e delle accessibilità, con particolare attenzione a quella di emergenza pediatrica da collegare strettamente all'area Materno-infantile.
- posizionamento delle centrali tecnologiche e dell'isola ecologica, separate e progettate in modo da ridurre il più possibile il loro impatto visivo e con accessibilità dedicata
- nei corpi a prevalente sviluppo orizzontale, posizionamento delle sottocentrali nei piani bassi per eliminare il più possibile l'impatto visivo delle apparecchiature impiantistiche in copertura.

➤ *La qualità organizzativa e funzionale*

La qualità organizzativa e funzionale del progetto potrà essere raggiunta valorizzando al meglio gli

spazi e le loro interconnessioni, sia in termini di equilibrato dimensionamento delle aree funzionali e relativi spazi, sia in termini di giusta allocazione degli spazi stessi al fine di ottimizzare flussi, percorsi e orientamenti. Per l'impostazione del progetto si dovrà accentrare l'attenzione su altri requisiti ritenuti indifferibili quali la flessibilità e la fruibilità interna, viste in coerenza con i modelli organizzativi aziendali richiesti. A tal proposito si dovranno studiare soluzioni progettuali innovative che potranno facilitare l'organizzazione dipartimentale della struttura integrata ospedale-università anche in termini spaziali: il riferimento specifico sarà costituito da organizzazioni funzionali-spaziali all'avanguardia dal punto di vista del miglioramento dell'efficienza di gestione dei servizi. Particolare attenzione dovrà essere riservata alla organizzazione degli spazi dell'assistenza ed in particolare degli spazi da dedicare alla area Materno-infantile, all'area Geriatria ed a quella Medico-chirurgica.

Il progetto, dal punto di vista della qualità organizzativa e funzionale, sarà basato su:

- spazi aggregati per aree ad intensità di cure progressive, per l'ottimizzazione dei percorsi e dei flussi e, quindi, degli spostamenti dei diversi fruitori
- spazi organizzati per sequenza correlata di aree, per facilitare lo svolgimento di attività e prestazioni
- spazi flessibili, sia in termini di utilizzo che di riconvertibilità funzionale
- spazi luminosi e con effetti visivo-attenzionali rilassanti e tranquillizzanti.

Più in dettaglio per alcune delle aree funzionali si ritiene indispensabile la considerazione di alcuni *input* di progetto di seguito descritti.

a) *Area Critica*

- localizzazione in area facilmente accessibile e separata dagli ingressi principali
- dotazione di spazi adeguati ed in posizione baricentrica rispetto all'area per l'accoglienza programmata di emergenze per le alte specialità
- organizzazione per zone in relazione ai diversi codici
- dotazione di ampia area dedicata all'osservazione breve intensiva
- dotazione di entrata separata per pazienti pediatrici e collegata con l'area Materno-infantile

b) *Area Tecnologica*

b1) *Servizi di diagnosi e cura*

- posizione anch'essa baricentrica ma rispetto all'organizzazione dell'intero Polo ed in contiguità con gli spazi dedicati alla ricerca clinica
- facile accessibilità e differenziazione delle attese e dei flussi per pazienti interni ed esterni
- presenza, per quanto possibile, nelle attese e negli ambienti del personale di luce naturale, mediante realizzazione di particolari pozzi di luce nel caso di ambienti posizionati nei piani seminterrati o interrati
- realizzazione di ampi ambienti da poter essere facilmente riconvertibili e attrezzati anche per una futura robotizzazione
- creazione di moduli diagnostici autonomi e collegati tra loro (esempio Radiologia, Tac-Rm, Senologia, Ecografia, Endoscopia)
- creazione di ampie aree dedicate agli ambulatori di base e specialistici in collegamento diretto con l'entrata principale del MTRH e dotate di aree di attese illuminate e differenziate per specialità, al fine di garantire la privacy degli utenti
- localizzazione del Blocco operatorio in collegamento diretto con l'Area Critica e con il Blocco parto ed in collegamento preferenziale con le degenze chirurgiche sia continuative che

⁵⁵ Il primo Principio del Decalogo riguarda proprio la "Umanizzazione"

⁵⁶ A questo aspetto, in un successivo paragrafo, viene dedicata specifica attenzione

diurne(*Day Surgery*)

- creazione nei Blocchi operatori di spazi di preparazione e risveglio dei pazienti con effetti visivo attenzionali rilassanti e con pozzi di luce naturale, attrezzati a verde
- ampie camere operatorie e diagnostica interventistica utilizzabili anche per la robotizzazione

b2) *Ricerca clinica*

- posizionamento dei laboratori di base e specialistici in contiguità con il Servizi di diagnosi e cura per permettere l'ottimizzazione dei flussi del personale e aumentare l'efficienza del servizio

c) *Area dei Servizi gestionali*

- posizionamento degli spazi di supporto logistico in modo da ottimizzare i flussi di materiali e di persone e da differenziare i diversi flussi e accessi
- ottimizzazione delle superfici e loro razionale utilizzo
- posizione baricentrica degli spazi da destinare all'Accettazione in modo da garantire una facile accessibilità; spazi ampi, illuminati e attrezzati, collegati ai servizi pubblici e agli assi portanti dell'intera struttura

d) *Area di Alta Assistenza per acuti*

d.1) *Area Medico-Chirurgica*

Degenza continuativa

- organizzazione di corpi di fabbrica per intensità di cure, in modo da ottimizzare i flussi dei pazienti e del personale
- moduli delle camere di degenza a due posti letto con bagno (utilizzabili anche per un posto letto) e dotate di *comfort* alberghiero
- spazio infermieristico baricentrico e locali per il personale con illuminazione naturale
- moduli di degenza attigui a spazi da dedicare a supporti dipartimentali, con la possibilità di organizzazione degli spogliatoi dedicati per il personale

Degenza diurna

- localizzazione in prossimità degli spazi dell'Accettazione e dei servizi pubblici, di facile accesso per i pazienti esterni
- collegamento con i servizi diagnostici e, nel caso della *Day Surgery*, con il Blocco operatorio
- creazione della *Day Service* organizzata come ambulatorio integrato, con la confluenza di più unità operative in funzione dei percorsi diagnostici-terapeutici previsti
- realizzazione di camere a due posti letto e bagno dedicato, dotate di *comfort* alberghiero e con possibilità di diverso utilizzo
- creazione di spazi da dedicare a soggiorni, a zone di ristoro e riposo del personale, illuminati e differenziati per specialità

Possibilità di creare un area dedicata all'oncologia dotata di propria autonomia, accessibilità e collegata direttamente con i servizi diagnostici e terapeutici

d.2) *Area Materno-infantile*

- creazione di un Area dotata di propria autonomia (tipo "clinica" nell'ospedale) in termini di accessibilità e collegato con i servizi diagnostici e terapeutici
- realizzazione di camere a due posti letto con bagno e rooming-in e dotate di *comfort* alberghiero
- creazione di ampi spazi di svago, di soggiorno e attrezzati per la didattica, tutti con illuminazione naturale e con affacci sul verde
- particolare attenzione alla privacy nel punto nascita e nelle sale travaglio/parto

Creazione per le due aree (Medico-Chirurgica e Materno-infantile) di ampi spazi dedicati alla libera professione sia in termini di studi medici, organizzati ad "open space" e a cellule individuali, sia in termini di posti letto paganti.

d.3) *Area Geriatrica*

- creazione di un Area dotata di propria autonomia (tipo "clinica" nell'ospedale) in termini di accessibilità e di servizi diagnostici ed ambulatoriali specialistici, collegata con i servizi diagnostici e terapeutici generali
- realizzazione di camere a due posti letto con bagno e ampio soggiorno interno, dotate di *comfort* alberghiero
- creazione di ampi spazi di svago, di soggiorno con illuminazione naturale e con affacci sul verde
- particolare attenzione alla privacy

e) *Area didattica e Centri interdisciplinari*

- creazione di un area didattica strettamente interrelazionata con gli spazi dedicati all'assistenza, alla ricerca ed ai Centri interdisciplinari destinati all'interscambio culturale e scientifico
- dotazione di ampi spazi attrezzati per le aule e per una serie di servizi logistici di supporto
- creazione di spazi attrezzati di studio e di ricerca con affacci sul verde
- creazione di ampi spazi per la socializzazione e le esercitazioni di gruppo
- potenziamento degli spazi dedicati alla didattica simulata e a distanza, strettamente relazionati con aree per l'interscambio scientifico, culturale ed economico e con il mondo produttivo

f) *Area Biomedica e servizi*

- creazione di ampi spazi flessibili per i laboratori di base e specialistici organizzati anche in "open space" con la tecnologia delle camere bianche a flusso laminare
- creazione di spazi attrezzati di studio e di ricerca per le terapie innovative
- creazione di ampi spazi per il riposo del personale, con illuminazione naturale ed affacci sul verde
- creazione di spazi da destinare all'interscambio scientifico con aziende produttrici (incubatori di impresa)

g) *Servizi pubblici e relazioni esterne*

- posizionamento degli spazi da destinare ai servizi pubblici e alle relazioni esterne in modo da ottimizzare le accessibilità ed i flussi dei diversi fruitori
- ottimizzazione delle superfici e loro razionale utilizzo
- posizione strategica secondo l'asse di sviluppo principale dell'intera struttura
- dotazione di spazi ampi, illuminati e attrezzati, collegati alle aree di diagnostica e di degenza diurna
- organizzazione degli spazi tale da facilitare l'orientamento degli utenti e la facile identificazione dei servizi stessi.

h) *Servizi per la Recettività*

- creazione di idonei spazi da destinare alle diverse funzioni alberghiere e per la residenzialità degli studenti e del personale, di immediata riconoscibilità e localizzati in posizioni facilmente accessibili
- ottimizzazione delle superfici e loro razionale utilizzo
- posizione strategica secondo l'asse di sviluppo principale dell'intera area del nuovo Polo
- dotazione di spazi ampi, illuminati e attrezzati
- organizzazione degli spazi tale da facilitare l'orientamento degli utenti e la facile identificazione dei servizi stessi.

➤ **La qualità architettonica degli spazi interni**

L'atrio, i percorsi, le zone di attesa e tutti gli spazi di relazione, sono rappresentativi della qualità architettonica dello spazio interno.

Atrio

- spazio fulcro, centro di comunicazione e di informazione dunque fornito di chiaro punto *reception* (come già indicato a proposito dell'area di appartenenza);
- presenza di spazi per la socializzazione;
- presenza di luce naturale e possibilità di viste su spazi esterni con attrezzati e verde
- presenza di elementi che caratterizzino il linguaggio dell'intero edificio;
- presenza di zone di sosta e attesa;
- presenza di una segnaletica chiara fin dall'esterno dell'area;

Percorsi e spazi di connessione

- linearità e chiarezza direzionale;
- linguaggio unitario nei dettagli architettonici e nelle finiture al fine di creare un sistema orientante;
- differenziazione evidente tra i percorsi per il pubblico e quello per gli operatori;
- incremento di illuminazione e diversificazione dei corpi illuminanti in corrispondenza di punti particolari (snodi direzionali, sbarchi ascensori,...);
- segnaletica chiara e continua;

Zone di attesa

- caratterizzazione fisico-architettonica dell'area di sosta rispetto alle aree di passaggio attraverso la distribuzione spaziale, l'illuminazione e l'articolazione degli arredi;
- contatto visivo con l'area alla quale si dovrà accedere;
- articolazione delle zone di seduta in modo che venga favorita la conversazione pur nel rispetto degli spazi;
- coordinamento dei materiali, degli elementi di arredo e colori in un linguaggio architettonico unitario;
- uso di materiali con elevate caratteristiche tattili e di sensibilità alla luce;
- presenza di complementi di arredo e di verde
- illuminazione differenziata e di tono più caldo e accogliente rispetto ai percorsi ed alle aree limitrofe.

Tutti i punti sommariamente illustrati trovano la loro fisica realizzazione nella valorizzazione di tutti quegli elementi specifici che appartengono al progetto degli interni (materiali, arredi, illuminazione, colori, intorni visivi, segnaletica, ecc.). Nel progetto si dovrà aver cura di non rimandare ad una idea di asetticità, ma di fare riferimento alla ricchezza di sensazioni della vita quotidiana e all'importanza che possono assumere gli elementi di cui sopra al fine della comunicazione. Nella scelta o nella progettazione degli arredi e delle finiture dovrà essere prevalente, come già evidenziato, la componente legata al comfort di tipo alberghiero.

Arredi

Sarà indispensabile interpretare l'uso di arredi e sistemi decorativi più che come nobilitazione di una funzione fredda e razionale, come superamento di una attività puramente tecnica e rigorosamente

finalizzata. Il progetto degli arredi quindi non dovrà essere concepito come una semplice sovrapposizione casuale agli spazi ma proporrà un sistema integrato di spazi - arredi - funzione; gli aspetti da prendere in considerazione sono molto diversificati partendo da quelli irrinunciabili di carattere, si estendono a quelli di ordine ambientale e psicologico. La cura nell'allestimento degli spazi e la scelta qualificata degli arredi influenzano "comunicativamente" la percezione dell'ambiente e trasmettono all'ospite la sensazione che si presti la massima attenzione al suo benessere.

Illuminazione

In relazione all'esposizione dei locali e quindi alla quantità di luce naturale di cui godranno, il sistema di illuminazione artificiale bilancerà e supporterà la luce naturale. Dovrà essere garantita una gradazione automatica della luce artificiale durante le ore del giorno così da mantenere un livello costante di illuminazione gradevole.

Colore

Nel progetto di umanizzazione degli spazi l'uso del colore assume un particolare significato. Affinché il colore assuma una valenza positiva si dovrà progettare un sistema che ne strutturi i significati e gli effetti all'interno di un ambiente in relazione alle specifiche esigenze dei fruitori.

Materiali

Le caratteristiche di tattilità dei materiali dovranno essere determinanti nelle scelte progettuali. Si ritiene infatti che il trattamento superficiale degli oggetti e degli elementi edilizi siano importanti al fine degli effetti di benessere ambientale e di relazione tra l'uomo e l'ambiente. Ogni materiale ha caratteristiche proprie che stimolano sensazioni percettive differenti. I materiali metallici, per definizioni materiali freddi (poiché riflettono la luce e i colori), se ben coordinati nel progetto sono in grado di trasmettere un messaggio percettivo di ordine, pulizia ed efficienza; se usati in maniera indifferenziata, risultano anonimi e asettici comunicando sensazioni di casualità e freddezza. I materiali non metallici rimandano viceversa a sensazioni più legate al calore e all'accoglienza, in quanto assorbono la luce ed i colori restituendo tonalità più tenui e più calde.

Segnaletica

Un efficace sistema di orientamento interno mette l'utente a proprio agio, in quanto crea la consapevolezza di poter usufruire liberamente di spazi e servizi.

La segnaletica è lo strumento attraverso il quale la struttura dichiara la sua volontà di rendersi accessibile e comunicante. L'orientamento e la comprensione dell'edificio sono facilitati quando:

- e' chiara la distribuzione spaziale, in cui siano leggibili le destinazioni d'uso degli spazi
- il progetto dei componenti, quali finiture d'interni, pavimenti, soffitti, pareti, porte, illuminazione, dettagli architettonici, cartelli segnaletici e di grafica, è integrato, ed ogni elemento è di supporto agli altri
- il sistema segnaletico generale comprende tutti gli elementi ambientali legati al progetto architettonico, completo e puntualizzato dai pannelli informativi che, dall'ingresso fino alla meta finale, accompagnino l'utente nei suoi percorsi all'interno dell'intera struttura.

➤ **Gli aspetti edilizi**

La selezione e la scelta delle possibili soluzioni tecniche si dovranno basare sostanzialmente sul rispetto di alcuni requisiti specifici a cui far rispondere precise specifiche prestazionali:

In particolare saranno privilegiati i requisiti di:

- flessibilità e riconvertibilità
- pulibilità

- manutenibilità
- isolamento dai rumori aerei
- isolamento dai rumori di calpestio

La flessibilità e riconvertibilità dovranno essere garantite da soluzioni tecniche che assicurino il più possibile la spostabilità, ispezionabili, la sostituibilità e la riparabilità degli elementi tecnici coinvolti.

La pulibilità, dovrà essere ottenuta con l'utilizzazione di materiali con superfici non scabrose, anigrosopiche e resistenti agli urti.

La manutenibilità, assicurata dal rispetto sia della flessibilità e riconvertibilità degli spazi che dalla pulibilità, dovrà essere espressa in termini di soluzioni tecniche in grado di contenere al massimo la frequenza di interventi di manutenzione nel tempo.

L'isolamento dai rumori aerei dovrà essere garantito da opportune soluzioni tecniche riguardanti le pareti interne verticali per le quali si dovrà rispettare un livello adeguato di isolamento acustico tenendo conto dei locali di ricezione del rumore e di quelli di produzione secondo una precisa matrice di relazione che metta in relazione le classi con le soluzioni tecniche proposte.

L'isolamento dai rumori di calpestio dovrà interessare invece le "masse" dei solai atte a garantire un livello accettabile di rumore.

La maglia strutturale dovrà essere ampia e regolare, con solai il più possibile a sovraccarico omogeneo ed interpiani uniformi per tutti i settori ospedalieri, al fine di realizzare "contenitori" flessibili e capaci di accogliere i cambiamenti funzionali e tecnologici futuri.

➤ **La progettazione ambientale**

Come detto, l'intervento nella sua complessità dovrà avere caratteristiche di sostenibilità ambientale. Ogni sforzo dovrà essere fatto per migliorare la qualità dell'intervento che dovrà essere finalizzato alla realizzazione di un edificio conforme al principio del rispetto dell'ambiente e che tenda ad un maggior livello di comfort possibile per gli utenti ed operatori. Si noti come la sostenibilità ambientale possa, a pieno titolo, ricomprendersi nei "Requisiti" che connotano il Primo Principio del Decalogo.⁵⁷

Il cosiddetto "Green Design" non solo produce un positivo impatto sull'ambiente coinvolto e sulla salute pubblica, ma riduce i costi operativi a vita intera della struttura, incrementa il valore commerciale e patrimoniale degli investimenti, può, potenzialmente, incrementare la produttività e può contribuire, in generale, a creare una comunità sostenibile.

La progettazione ambientale potrà essere affrontata con riferimento ai diversi "Protocolli" o standard ormai affermatasi internazionalmente ed che possono essere assunti come base nell'indirizzare la progettazione nel voluto senso ambientale⁵⁸.

⁵⁷ Vedere capitolo 3.3.

⁵⁸ Nel seguito si fa prevalente riferimento al già citato protocollo Leed "Leadership in Energy & Environmental Design" dello USGBC ed al protocollo "Itaca" elaborato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome nel 2004, per come applicabili nel contesto Patavium.

Il riferimento durante la fase progettuale ai citati standard (od ad altri di pari affidabilità internazionale) non dovrebbe scaturire solo per formale ossequio contrattuale quanto, piuttosto, costituire un'impostazione strategica della fase ideativa in grado di dar vita a soluzioni complessivamente e coerentemente inquadrata in una logica di sostenibilità, intesa, questa, come soddisfacimento di requisiti di benessere e di fruibilità affidati al costruito, nel rispetto "...dei limiti ricettivi

Gli aspetti che maggiormente dovrebbero essere tenuti presenti in fase di progettazione sono:

- Sostenibilità del sito⁵⁹ e qualità ambientale esterna:
 - integrazione con il trasporto pubblico,
 - provvedimenti per favorire la mobilità alternativa,
 - accessibilità,
 - capacità, qualità e fruibilità del parcheggio,
 - dotazione di spazi esterni
 - ombreggiatura delle aree aperte e trattamento delle superfici coperte
 - controllo dei gradienti termici tra le diverse zone del sito
 - trattamenti delle superfici di copertura
- Consumi :
 - energia
 - terreno
 - acqua potabile
 - materiali
- Carichi ambientali:
 - contenimento emissioni
 - gestione rifiuti di cantiere
 - gestione rifiuti operativi
 - prevenzione dell'inquinamento del sito durante le attività di costruzione (erosione, sedimentazione e polveri sospese)
 - controllo, governo e recupero delle acque piovane
 - erosione del suolo
 - controllo dell'inquinamento luminoso notturno
- Qualità ambientale interna
 - illuminazione naturale e relazioni visive con l'esterno
 - comfort visivo
 - comfort acustico
 - comfort termico
 - qualità dell'aria
 - ventilazione
 - contaminazione dei sistemi di ventilazione
 - uso di materiali a bassa emissività
 - controllo delle fonti di inquinamento e di emissioni chimiche
 - inquinamento elettromagnetico.

degli ecosistemi..." della "... possibilità di rinnovo delle risorse naturali anche attraverso la riduzione dei consumi di energia non rinnovabile, ..." e nella conservazione dello "... equilibrio tra sistemi naturali ed antropici". (www.itaca.org)

⁵⁹ In questa parte del Documento questa elencazione non si fa riferimento ad aspetti legati alla selezione del sito ed alle correlate implicazioni di contesto per le quali si rimanda al paragrafo relativo, sempre nel presente capitolo.



giunta regionale

PARTE SECONDA

Caratteristiche generali di realizzazione del Nuovo Polo di Padova

SECONDA PARTE

1. Il Progetto

- 1.1 Premesse generali
- 1.2 La situazione patrimoniale attuale, i soggetti coinvolti nel Progetto ed i relativi impegni

2. Aspetti economico finanziari

- 2.1 Premesse
- 2.2 Valutazioni preliminari sulla futura fattibilità

3. La realizzazione del Nuovo Polo

- 3.1 Premesse
- 3.2 La concessione di costruzione e gestione
- 3.3 Il leasing immobiliare pubblico in costruendo

4. Il concorso di progettazione e la gara di concessione

- 4.1 Premesse
- 4.2 Caratteristiche, procedure e tempi
- 4.3 La gara di concessione: procedura e tempi
- 4.4 La divisione in lotti del Nuovo Polo

5. L'Accordo di Programma

- 5.1 Natura e funzione
- 5.2 Variazione degli strumenti urbanistici

6. La valorizzazione della Vecchia Struttura

- 6.1 La vendita diretta
- 6.2 Apporto delle aree ad un fondo immobiliare ad apporto pubblico
- 6.3 Aspetti fiscali

1. Il Progetto

1.1 Premesse generali

La realizzabilità del Nuovo Polo della Salute di Padova, oggetto della prima parte del presente Documento, viene articolata attraverso due interventi distinti e separati, seppure tra di loro funzionali e strumentali, per l'appunto, alla sua realizzazione (il "**Progetto**"). Tali predetti due interventi sono costituiti dalla dismissione e valorizzazione della Vecchia Struttura ospedaliera - attualmente esistente ed operante nel Comune di Padova - (la "**Vecchia Struttura**") e, per l'appunto, dall'opera di realizzazione di un nuovo Polo di eccellenza ad alta Tecnologia (il "**Nuovo Polo**"), rispetto al quale il primo intervento riveste un'importanza centrale nel reperimento dei finanziamenti necessari.

Il Nuovo Polo prevede un investimento attualmente stimato in circa € 1 miliardo e 250 milioni, ai quali vanno aggiunti gli oneri per le attrezzature, anche elettromedicali, e gli arredi, stimati questi in € 500 milioni.

Per quanto riguarda la stima dell'investimento si tenga presente che a questo livello di pre-progettazione (documento preliminare strategico) la stessa deve necessariamente essere parametrica e, nel caso specifico, è stata così articolata:

Costo di costruzione	Sup. netta teorica mq 380.000 x 2.000 €/mq =	760.000.000 €
Oneri generali (IVA, spese di progett, aree, ecc.)	50% del costo di costruzione	380.000.000 €
Infrastutturazione interna area	15% del costo di costruzione	<u>110.000.000 €</u>
Totale stimato		1.250.000.000.€

Si precisa comunque che l'importo stimato in € 500 milioni per attrezzature ed arredi non viene computato nell'investimento, in quanto si è ipotizzato che tali beni vengano messi solo nella disponibilità del concedente (tramite noleggio o leasing).

Si rende, quindi, necessario verificare, in primo luogo, quale sia lo strumento giuridico che, nel più rigoroso rispetto della normativa applicabile, sia in grado di consentire la realizzazione del Nuovo Polo. Il fine è quello di coniugare insieme il soddisfacimento delle esigenze sanitarie di interesse pubblico dell'amministrazione con le modalità di reperimento delle necessarie risorse mediante il coinvolgimento del capitale privato. Ciò al contempo sul presupposto imprescindibile che il Progetto sia appetibile per gli operatori e bancabile per il mercato, anche in considerazione della natura di c.d. "opera fredda" propria del Nuovo Polo, nonché della particolare complessità di tipo progettuale e realizzativo proprio del Nuovo Polo.

In secondo luogo, si dovrà valutare quale può essere lo strumento più idoneo per la dismissione degli immobili della Vecchia Struttura, al fine di valorizzarli ottenendo il massimo profitto.

Si fa presente che la predetta valorizzazione presuppone temporalmente che la Vecchia Struttura venga dismessa progressivamente, dopo averne mutato la destinazione urbanistica, e a mano a mano che il Nuovo Polo verrà realizzato.

1.2 La situazione patrimoniale attuale, i soggetti coinvolti nel Progetto e i relativi impegni

Dagli incontri istituzionali svolti è emerso che, anche in considerazione della situazione patrimoniale attuale della Vecchia Struttura, la realizzazione del Progetto presuppone l'assunzione di alcuni impegni da parte del Comune, dell'Università degli studi di Padova (l'"Università"), dell'Azienda Ospedaliera di Padova (l'"Azienda Ospedaliera") e della Regione.

I predetti impegni, come si vedrà più avanti, saranno oggetto di apposito Accordo di Programma.

Diversi soggetti pubblici, come detto, sono coinvolti nella buona realizzazione del Progetto.

A tal fine è necessario verificare, preliminarmente, il ruolo che ciascuno di essi (Regione, Azienda Ospedaliera, Università e Comune) deve rivestire all'interno del Progetto.

Innanzitutto l'Azienda Ospedaliera si presenta attualmente come la proprietaria della Vecchia Struttura, se si fa eccezione per una parte limitata attualmente di proprietà del Comune e che potrà essere trasferita all'Azienda stessa, ove, naturalmente, non riguardi opere relative alla viabilità o destinate al verde pubblico.

Inoltre, per quanto riguarda il ruolo dell'Azienda Ospedaliera nella realizzazione del Progetto, essa potrebbe rivestire la qualifica di stazione appaltante e quindi di amministrazione aggiudicatrice nelle procedure ad evidenza pubblica necessarie per la realizzazione del Nuovo Polo.

L'Università, poi, utilizza alcuni immobili, all'interno della Vecchia Struttura, che sono in proprietà del demanio statale e che sono oggetto di concessione d'uso in favore dell'Università medesima. Non risultano, invece, beni immobili in proprietà dell'Università stessa.

Il ruolo dell'istituzione universitaria, d'altra parte, si potrebbe esplicitare nel fornire un "sostegno" economico-finanziario nella realizzazione quanto nella gestione del Nuovo Polo. Ciò potrebbe avvenire attraverso un concorso nella corresponsione del canone di disponibilità e/o attraverso un concorso alle spese che sarà necessario sostenere per ripagare i servizi di manutenzione e di gestione del Nuovo Polo nell'ipotesi di sua realizzazione con il sistema della concessione di lavori pubblici, come si esporrà più avanti. Infine, l'Università dovrebbe assumere la direzione e la responsabilità delle attività di didattica e di ricerca che verranno condotte all'interno del Nuovo Polo con una compartecipazione e condivisione dei relativi risultati.

Per quanto riguarda infine il Comune, quest'ultimo dovrebbe intervenire mettendo a disposizione l'area all'interno della quale dovrà essere realizzato il Nuovo Polo, e che dovrà avere una destinazione urbanistica naturalmente compatibile con l'erogazione dei servizi sanitari. Inoltre, il Comune dovrebbe dimostrarsi disponibile ai fini dell'adozione della variante urbanistica in sede di Accordo di Programma, come meglio si specificherà di seguito.

La Regione, infine, si incarica di partecipare al Progetto contribuendo al finanziamento necessario per sostenere i costi relativi alla realizzazione del Nuovo Polo, nonché ad assumere, se del caso, anche la funzione di stazione appaltante nell'ambito della procedura di gara ad evidenza pubblica per l'affidamento della realizzazione del Nuovo Polo, agendo in tale circostanza quale delegataria della funzione di stazione appaltante o fungendo comunque da coordinatore del progetto per gli aspetti istituzionali, finanziari e progettuali

2. Aspetti economico finanziari

2.1 Premesse

Quanto si va ad esporre nel presente paragrafo ha l'obiettivo di svolgere alcune valutazioni preliminari relative ad una ipotesi di futura valutazione di sostenibilità e fattibilità del Nuovo Polo da realizzare con il sistema della concessione.

Nello svolgere tali valutazioni, i dati e gli elementi tenuti in considerazione sono, in linea con il carattere preliminare e strategico del presente Documento, quelli disponibili nella presente fase prodromica alla programmazione e strutturazione dell'intervento.

Si rammenta, pertanto, che una volta acquisiti tutti i dati e le informazioni necessarie, andrà predisposto uno studio di fattibilità che è condizione necessaria affinché possa prendere avvio il processo di realizzazione del Nuovo Polo.

Allo stato, pertanto, le valutazioni che si vanno a svolgere sono finalizzate a mettere in evidenza alcuni principi e parametri che rappresentano i macro-temi dei quali dovrà tenersi conto nella redazione dello studio di fattibilità.

Inoltre, gli elementi presi in considerazione nel presente documento (valore dell'investimento, contributo pubblico, apporto del capitale privato, durata, ecc.), nella loro quantificazione, potrebbero venire aggiornati e ridefiniti una volta che verrà data certezza ai profili progettuali, organizzativi, gestionali e sanitari del Nuovo Polo, in linea con l'evolversi dell'iter amministrativo dell'opera.

Tutto ciò premesso, al fine di svolgere le predette valutazioni nell'alveo del sistema della concessione di lavori, è necessario anticipare sin d'ora alcune conclusioni - che verranno meglio illustrate successivamente - circa la scelta del sistema più idoneo alla realizzazione del Nuovo Polo.

Come si è visto, l'oggetto del presente documento consiste nell'offrire elementi di valutazione per una prima individuazione del metodo e del sistema più opportuno ed idoneo, tra quelli disciplinati dal Codice, per realizzare il Nuovo Polo che consenta la mobilitazione del capitale privato, al fine di evitare la altrimenti inevitabile contrazione di mutui da parte dell'amministrazione.

Saranno quindi esaminate la concessione di costruzione e gestione (tanto ad iniziativa pubblica quanto ad iniziativa privata, c.d. project financing) ed il leasing immobiliare in costruendo ovvero la locazione finanziaria, quali modalità anche di finanziamento totale o parziale a carico di privati.

Si anticipa sin da ora, che, dal punto di vista economico finanziario, la caratteristica fondamentale della concessione di costruzione e gestione è che la controprestazione a favore del concessionario consiste unicamente nel diritto di gestire funzionalmente e di sfruttare economicamente tutti i lavori realizzati.

Tuttavia nel caso delle opere cosiddette fredde, tra le quali rientra a pieno titolo la realizzazione degli ospedali, i flussi di cassa provenienti dalla tariffazione diretta sull'utenza non sono sufficienti, da soli a garantire il ritorno degli investimenti.

E' infatti l'amministrazione ad utilizzare direttamente l'opera realizzata in concessione, erogandovi le

prestazioni sanitarie. I ricavi del concessionario non provengono, quindi, se non in minima parte, dalla collettività degli utenti bensì dai pagamenti corrisposti dall'amministrazione che utilizza l'opera, rappresentati dal corrispettivo per i servizi non sanitari prestati all'amministrazione e dal canone per la disponibilità, oltre ad un contributo pubblico pagato generalmente in corso di esecuzione per stati di avanzamento dei lavori.

Il costo dell'investimento viene recuperato dal concessionario, quindi, parzialmente attraverso la corresponsione di un contributo pubblico e attraverso un ulteriore canone c.d. di disponibilità. Quest'ultimo rappresenta l'importo che il concedente normalmente si obbliga a corrispondere al concessionario a fronte dell'effettiva disponibilità ed effettiva funzionalità dell'opera da lui realizzata, a titolo di ulteriore e parziale integrazione dell'investimento di cui il concessionario si è fatto carico con la costruzione (cfr. anche sub 2.2).

Quanto al leasing immobiliare pubblico, si tratta di uno strumento che consente di prefinanziare la realizzazione di opere pubbliche.

La società di leasing, come è noto, acquista o fa costruire e quindi appalta a società di costruzione (c.d. leasing "in costruendo") un bene immobile strumentale all'esercizio della attività dell'ente pubblico, che viene concesso in godimento all'amministrazione ("utilizzatore").

Il leasing immobiliare consente all'amministrazione di ottenere dalla società di leasing il finanziamento necessario per acquisire la piena disponibilità del bene senza anticipare alcun corrispettivo sino a quel momento.

Se da un punto di vista economico - finanziario nel caso delle opere fredde, ovvero delle operazioni per la realizzazione di investimenti a tariffazione sulla pubblica amministrazione, il leasing immobiliare in costruendo appare assimilabile alla concessione di lavori pubblici, come meglio si esporrà in seguito, la scelta degli strumenti più idonei per realizzare il Nuovo Polo deve tenere in considerazione sia l'interesse dell'amministrazione di "concentrare" in un unico soggetto affidatario la progettazione, definitiva ed esecutiva, l'esecuzione dei lavori, nonché la gestione dei servizi non sanitari (c.d. servizi no - core), ulteriori rispetto a quelli manutentivi, sia l'interesse ad acquisire separatamente un progetto preliminare da mettere poi a base della successiva procedura di affidamento per la realizzazione del Nuovo Polo.

A fronte di tali esigenze lo strumento che è stato individuato è quello della concessione di costruzione e gestione ad iniziativa pubblica, previo espletamento di un concorso di progettazione in quanto consente di soddisfare al meglio le specifiche necessità insite in un intervento così complesso, come evidenziato più analiticamente nel proseguo del presente documento.

2.2 Valutazioni preliminari sulla futura fattibilità

Tutto ciò premesso, si osserva quanto segue del punto di vista più strettamente economico - finanziario con riferimento all'istituto della concessione di costruzione e gestione quale sistema per la realizzazione del Nuovo Polo.

Come si è già anticipato, i costi presunti dell'investimento previsti per la realizzazione del Nuovo Polo ammontano a circa € 1 miliardo e 250 milioni. Essi non includono l'investimento relativo alla fornitura e manutenzione di apparecchiature elettromedicali e degli arredi che sono stati ipotizzati solo

nella disponibilità dell'amministrazione appaltante a fronte del pagamento di un canone al concessionario.

Nel costo dell'investimento sopra indicato non sono altresì compresi gli oneri finanziari da capitalizzare, relativi alla fase di costruzione, la riserva di cassa (*debt service reserve account*) ed altre voci relative al fabbisogno finanziario che si genera - in capo alla società veicolo - durante la fase di costruzione. Tali elementi potranno essere definiti più puntualmente nelle successive fasi progettuali.

La realizzazione del Nuovo polo viene articolata in 5 fasi come indicato nella prima parte del presente documento. Il periodo di costruzione del Nuovo Polo viene previsto in un periodo di 12 anni nell'ipotesi di realizzazione "diacronica" ("fasi in serie") e di 9 anni nell'ipotesi di realizzazione "sincronica" ("fasi in parallelo").

Si evidenzia che nella concessione di lavori il periodo iniziale di costruzione è caratterizzato dalla mancanza assoluta di ricavi per il concessionario, a fronte invece di ingenti investimenti. In tale fase, infatti, le fonti di finanziamento raggiungono il loro valore massimo (per sopperire al fabbisogno finanziario), garantendo comunque l'equilibrio finanziario.

Si fa presente che, nel caso del Nuovo Polo, con l'acquisizione del progetto preliminare e quindi con la definizione per ogni singola fase della relativa dimensione e valore, potrà venire valutato, ai fini dell'equilibrio economico - finanziario, il reale impatto legato ai costi effettivi ed ai flussi di cassa derivanti dall'inizio della gestione in funzione del completamento di ogni singola fase, che sarà diversa a seconda della relativa durata di realizzazione¹.

Quanto alla "durata" della concessione, essa è determinante per la realizzabilità del Nuovo Polo e deve essere sufficiente per permettere alla società di progetto concessionaria di ottenere i flussi di cassa necessari per coprire i costi di gestione, restituire il capitale di terzi impiegato e remunerare in modo adeguato il capitale di rischio. Per ciascuna fase, il periodo di gestione è stato ipotizzato in 25 anni dal collaudo. Tempistica, questa, in linea con quanto avviene nell'ambito dell'edilizia sanitaria realizzata con finanza di progetto in Italia.

Attesa la centralità che riveste il profilo della bancabilità e appetibilità del progetto per le banche finanziatrici al fine della stessa realizzabilità dell'intervento, si fa presente, più in particolare, che in una operazione di concessione di lavori è necessaria l'identificazione puntuale e preventiva del rischio finanziario relativo alla restituibilità dei finanziamenti ottenuti. Dal momento che non esistono vere e proprie garanzie collaterali, tutta la struttura si sostiene sulla sola redditività del progetto, o meglio sull'idoneità dello stesso a garantire un flusso di cassa in misura e per il tempo sufficiente a ripagare il servizio del debito. E ciò principalmente nell'interesse dei finanziatori che all'erogazione del finanziamento fanno necessariamente precedere un complesso studio volto a valutare proprio la fattibilità economico-finanziaria (bancabilità) del progetto.

La concessione di costruzione e gestione, infatti, per le caratteristiche che le sono proprie, è un'operazione agevolmente finanziabile solo qualora ne siano stati preventivamente analizzati e valutati correttamente i rischi specifici, con l'individuazione delle relative coperture. E questo perché solitamente si tratta di progetti ad elevata intensità di capitale, nei quali i finanziatori

¹ A questo proposito si rinvia a quanto esposto relativamente alla suddivisione in lotti del Nuovo Polo (cfr. sub 4.4)

sono costretti a lunghi tempi di esposizione al rischio, ed inoltre, di iniziative in cui la garanzia del rimborso del finanziamento è principalmente basata sulle previsioni di redditività e capacità di generare flussi di cassa dell'iniziativa e non sull'andamento economico-patrimoniale del soggetto finanziato.

Per quanto attiene alle fonti di finanziamento, dell'investimento, che, come si è visto, è stimato in circa € 1 miliardo e 250 milioni, le risorse pubbliche per la realizzazione del Nuovo Polo sono, allo stato, stimate in un importo complessivo oscillante tra € 350 e € 550 milioni.

Tali risorse includono:

- stanziamenti statali (da definirsi in una fase successiva);
- stanziamenti regionali (circa € 150 milioni);
- contributi privati (da parte di alcune fondazioni) (oscillanti tra € 100 e € 200 milioni);
- proventi derivanti dalla dismissione della Vecchia Struttura (oscillanti tra € 100 e € 200 milioni²).

L'importo dei predetti contributi pubblici coprirebbe quindi il costo dell'investimento per una percentuale oscillante tra il 28 % ed il 44 % del costo dell'investimento³.

L'erogazione degli stanziamenti pubblici normalmente è a stato avanzamento lavori (S.A.L.) già eseguiti, in diverse tranches annuali, a copertura di una quota parte degli investimenti relativi alle fasi di progettazione e costruzione. Non si prevedono, invece, acconti su lavori ancora da eseguire in considerazione del divieto di anticipazione dei corrispettivi operante in materia di opere pubbliche.

La restante parte di investimento, pari a circa € 700 milioni, dovrebbe invece essere finanziata mediante l'apporto del capitale da parte del privato concessionario. Si fa presente che nel valutare la fattibilità e la bancabilità del Nuovo Polo da realizzare in concessione di lavori, l'entità del finanziamento da parte del privato concessionario dovrà essere stimata in funzione del sopra indicato valore dell'investimento.

Più in particolare, le fonti private a copertura del fabbisogno finanziario rimanente sono rappresentate, in generale, da *equity* (capitale sociale e riserve), *subordinated debt* (prestito subordinato / *quasi equity*: finanziamenti dei soci fruttiferi e postergati ai terzi), *senior debt* (debito principale verso banche – mezzi di terzi) e *VAT facility* (finanziamento IVA).

Quanto all'*equity*, rappresenta il patrimonio netto del concessionario, costituito dal capitale sociale sottoscritto dai soci e dalle riserve (riserva legale, utili [perdite] di precedenti esercizi e utile [perdite] dell'esercizio), versato con priorità rispetto ai finanziamenti bancari.

L'importo del capitale sociale dovrebbe risultare in linea con gli standard del settore, e deve poter assorbire le perdite previste nella fase di costruzione e all'inizio della concessione. I mezzi propri sono utilizzati a copertura delle esigenze di investimento e vengono remunerati dai flussi dei dividendi distribuiti durante il periodo di gestione.

² Tale valore sarà in funzione delle destinazioni che, in concreto, sarà possibile per l'appunto attribuire alla stessa Vecchia Struttura e delle porzioni della stessa che saranno effettivamente cedute.

³ Si fa presente che, secondo Finlombarda, per le strutture sanitarie realizzate in project financing di importo superiore a 50 milioni di Euro, mediamente il contributo pubblico si attesta intorno al 54,7% (6° Osservatorio Finlombarda sul project financing in Sanità, luglio 2007, in www.finlombarda.it, cap. 2)

Il prestito subordinato (finanziamento soci postergato – quasi *equity*) viene erogato dai soci del concessionario, successivamente all'utilizzo delle disponibilità di *equity*, a copertura delle esigenze di investimento e risulta subordinato a tutte le altre forme di finanziamento, ad eccezione dell'*equity*.

Il prestito subordinato, pertanto, è parte – di fatto – dell'*equity*. Per quanto attiene alla remunerazione del finanziamento soci, fino a concorrenza del completo rimborso del debito principale, ai soci viene corrisposta la sola quota interessi. Successivamente, terminata la fase di costruzione, è previsto il rimborso delle quote in linea capitale.

Il debito principale (*senior debt*) verso banche viene utilizzato a copertura dei fabbisogni di cassa che residuano dopo aver utilizzato le coperture fornite da *equity*, prestito subordinato e contributi pubblici. In progetti analoghi la leva finanziaria (ossia il rapporto *debt / equity*) media è approssimativamente pari a circa 0,80, evidenziando un mix equilibrato fra risorse proprie e risorse di terzi da utilizzare per la copertura dei fabbisogni finanziari. Per quanto concerne il finanziamento, il periodo di erogazione della linea principale (*senior debt*) viene ipotizzata in 36 mesi per ciascuna fase mentre il periodo di ammortamento del finanziamento stesso è ipotizzato in un periodo di 25 anni per la "gestione economico - funzionale dei lavori realizzati" a decorrere dal relativo collaudo. Il *senior debt* dovrebbe poter essere rimborsato in rate costanti per ciascuna fase.

Infine, l'ammontare del finanziamento IVA (*VAT facility*) è funzione del credito IVA che matura sugli investimenti, che non può essere integralmente compensato in quanto il concessionario nel periodo di progettazione e costruzione, non matura sufficienti ricavi, con conseguente IVA a debito.

Il credito IVA maturato sui costi di realizzazione viene pertanto finanziato mediante una linea di finanziamento ad hoc, garantita dallo stesso credito nei confronti dell'erario. Il modello orientativo di piano economico-finanziario prevede il rimborso della *VAT facility* mediante richiesta di rimborso del credito all'erario e contestuale restituzione del finanziamento stesso⁴.

Per quanto attiene al rimborso del debito contratto dal concessionario, come si è più volte evidenziato, è nella fase di gestione che la società progetto comincia a maturare ricavi, che verranno utilizzati per l'appunto per rimborsare i debiti contratti nel periodo di costruzione e, in seconda istanza, per remunerare i soci⁵.

I ricavi per il concessionario durante la fase di gestione dell'opera sono rappresentati dagli importi che l'amministrazione riconosce al concessionario a fronte dei servizi, diversi da quelli sanitari, forniti alla medesima amministrazione, nonché dalle tariffe corrisposte dai terzi⁶.

La previsione di servizi a tariffazione nei confronti degli utenti potrebbe quindi consentire di migliorare la fattibilità e sostenibilità dell'intervento in concessione⁷.

⁴ Al riguardo, si segnala che recentemente l'Amministrazione finanziaria (cfr. R.M. 6 ottobre 2008, n. 372) ha escluso la rimborsabilità del credito IVA a favore del concessionario che non sia anche proprietario dei beni costruiti cui si riferisce il credito IVA maturato (in quanto, il credito IVA non sarebbe relativo a dei beni ammortizzabili di proprietà in senso stretto).

⁵ Per tutte le tipologie di ricavo (anche di natura commerciale) dovrebbe ipotizzarsi una crescita semestrale pari all'inflazione attesa.

⁶ Tra i corrispettivi prestati per i servizi andrebbe incluso anche il corrispettivo per le apparecchiature elettromedicali e gli arredi.

Il canone integrativo di disponibilità rappresenta l'importo che il concedente si impegna a corrispondere al concessionario, a fronte dell'effettiva disponibilità e funzionalità delle opere realizzate in concessione, a titolo di ulteriore e parziale integrazione dell'investimento del concessionario, al fine di assicurare l'equilibrio economico-finanziario della concessione, quale opera fredda.

La misura del canone integrativo di disponibilità dovrà essere determinata in modo da remunerare adeguatamente gli investimenti per la costruzione sostenuti dal concessionario stesso, raggiungendo un punto di equilibrio tra le attese di rendimento dei soci della società veicolo e le esigenze della stazione appaltante di minimizzare l'esborso⁸.

A tale proposito si fa presente che, in base dalle decisioni Eurostat e, più in generale, ai principi sanciti a livello comunitario sull'alea di gestione propria della concessione, deve permanere comunque in capo al concessionario (oltre, naturalmente al rischio di costruzione) il rischio di disponibilità dell'opera. In particolare, il rischio di disponibilità viene effettivamente trasferito solo se la pubblica amministrazione ha il diritto di ridurre significativamente (a titolo di penalità) il livello dei pagamenti in favore del privato in caso di ridotta performance. E quindi, con riferimento agli ospedali, il concessionario dovrebbe essere penalizzato nel pagamento degli importi previsti allorché i servizi prestati dal concessionario a favore dell'Amministrazione non siano conformi ai livelli di qualità contrattuali e tale inefficiente gestione vada ad incidere sulla corretta e puntuale erogazione dei servizi sanitari impedendo l'attesa disponibilità e funzionalità della struttura ospedaliera⁹.

3. La realizzazione del Nuovo Polo

3.1. Premesse

Giova premettere che la realizzazione del Nuovo Polo deve avvenire nell'osservanza di uno dei sistemi di affidamento previsti e disciplinati dal Decreto legislativo n. 163 del 2006 e successive modifiche ed integrazioni (il c.d. Codice dei contratti pubblici, di seguito il "**Codice dei contratti pubblici**" ovvero il "**Codice**").

Il Nuovo Polo, infatti, rientra sicuramente nell'ambito oggettivo e soggettivo di applicazione del Codice, e trattandosi di intervento superiore alla soglia comunitaria di cui all'art. 28 del Codice stesso¹⁰.

Innanzitutto, il Nuovo Polo deve essere qualificato, ai sensi dell'art. 3 comma 11 del Codice, come opera pubblica in quanto funzionale all'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a favore della collettività. Rientra, quindi, a pieno titolo nell'ambito di applicazione del Codice dei

⁷ Nell'edilizia sanitaria le aree commerciali sono rappresentate in generale da parcheggi, bar, edicola, gestione spazi pubblicitari, distributori di bevande e snack, negozi ecc. Nella prassi, tuttavia, i ricavi derivanti dalle aree commerciali rappresentano una parte non significativa dei ricavi del concessionario.

⁸ Il canone integrativo di disponibilità rappresenta un'*availability* (disponibilità) tale da consentire alla società veicolo di ammortizzare il debito (comprensivo di quota capitale e interessi) che residua al termine del periodo di costruzione e che non è coperto dai fondi pubblici e dal capitale sociale e dal prestito subordinato. L'entità di questo eventuale riaddebito dipende anche dalla marginalità dei servizi in concessione; se tale marginalità è sufficientemente remunerativa, essa può consentire di assorbire anche completamente il costo dell'ammortamento del debito.

⁹ Eurostat è l'Istituto Statistico delle Comunità Europee, che è intervenuto con la decisione dell'11 febbraio 2004 in tema di "*Treatment of public-private partnership*"

¹⁰ La soglia comunitaria per gli appalti di lavori pubblici e le concessioni di lavori pubblici è pari a 5.150.000,00 Euro.

contratti pubblici che all'art. 1 prevede che "il presente codice disciplina i contratti delle stazioni appaltanti, degli enti aggiudicatori e dei soggetti aggiudicatori, aventi per oggetto l'acquisizione di servizi, prodotti, lavori e opere".

In secondo luogo, il soggetto pubblico incaricato dell'espletamento delle procedure di affidamento per la realizzazione del Nuovo Polo va ricondotto alla categoria di amministrazione aggiudicatrice sia che si tratti dell'Azienda Ospedaliera o della Regione Veneto.

Le amministrazioni aggiudicatrici sono infatti definite dall'art. 3, comma 25, del Codice dei contratti pubblici, come l'insieme delle "amministrazioni dello Stato; gli enti pubblici territoriali; gli altri enti pubblici non economici; gli organismi di diritto pubblico; le associazioni, unioni, consorzi, comunque denominati, costituiti da detti soggetti"¹¹.

Ai sensi della lettera a) del primo comma dell'articolo 32, del Codice, le norme del medesimo si applicano in generale ai contratti relativi a "lavori, servizi, forniture, affidati dalle amministrazioni aggiudicatrici".

Infine, il Nuovo Polo, una volta realizzato, entrerà a far parte del patrimonio indisponibile, in applicazione di quanto disposto dall'articolo 5 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il quale disciplina il regime del patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere¹².

I beni che fanno parte del patrimonio indisponibile, "non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalle leggi che li riguardano" (Cfr. art. 828, comma 2 del codice civile).

Ora, nel valutare quale, tra i sistemi di realizzazione del Nuovo Polo previsti dal Codice, sia il più idoneo, va tenuta in considerazione l'esigenza dell'amministrazione pubblica di prediligere, come si è già ampiamente anticipato, quei sistemi di affidamento che consentono, in presenza di un'opera fredda, l'apporto del capitale privato, al fine di evitare l'altrimenti inevitabile indebitamento (ad esempio, nella forma del mutuo), che, incidendo sui conti pubblici violerebbe i divieti del Patto di Stabilità¹³.

Inoltre, nella scelta del sistema da adottare va tenuto in considerazione un aspetto ulteriore, vale a dire la necessità per l'amministrazione sanitaria di acquisire anche il progetto preliminare relativo al Nuovo Polo. Come si è già anticipato, il progetto preliminare deve essere in grado di rispondere in modo soddisfacente alle diverse caratteristiche dei cinque lotti nei quali potrà essere ripartito il Nuovo Polo (cfr. sub 4.4), nonché alla complessità progettuale e realizzativa del Nuovo Polo nel suo complesso, quale intervento comunque unitario.

E' altresì interesse dell'amministrazione "concentrare" in un unico soggetto affidatario la progettazione (definitiva ed esecutiva), l'esecuzione dei lavori di costruzione del Nuovo Polo, nonché la gestione dei servizi non sanitari (c.d. servizi non - core), ulteriori rispetto a quelli manutentivi, per le ragioni che si andranno dopo ad esporre.

¹¹ Cfr. art. 2, comma 1, della l.r. 7 novembre 2003, n. 27

¹² Si fa presente che i beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei "loro fini istituzionali", costituiscono per tale motivo patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.

¹³ Il Patto di Stabilità e Crescita, a livello comunitario, ed il Patto di Stabilità Interno, a livello nazionale, hanno posto stretti vincoli di bilancio che di fatto impongono alle pubbliche amministrazioni, sia quelle centrali che quelle locali, il divieto di ricorrere all'indebitamento per la realizzazione delle infrastrutture pubbliche al fine di garantire una gestione sana ed efficace della finanza pubblica nella zona Euro.

Tra i contratti di "partenariato pubblico privato", "aventi per oggetto una o più prestazioni quali la progettazione (ndr. definitiva ed esecutiva), la costruzione, la gestione o la manutenzione di un'opera pubblica o di pubblica utilità, oppure la fornitura di un servizio, compreso in ogni caso il finanziamento totale o parziale a carico di privati (...) con allocazione dei rischi ai sensi delle prescrizioni e degli indirizzi comunitari vigenti" sono inclusi anche la concessione di lavori, la finanza di progetto e la locazione finanziaria (cfr. art. 3, comma 15 - ter, del Codice)¹⁴.

Ad integrazione di quanto sopra esposto, si illustrano di seguito i predetti sistemi e quindi le ragioni che fanno propendere per la scelta della concessione di lavori ad iniziativa pubblica.

3.2 La concessione di costruzione e gestione

L'istituto della concessione di costruzione e gestione trova la propria disciplina generale negli artt. 143 e ss. del Codice dei contratti pubblici.

L'oggetto della concessione di costruzione e gestione è, di regola, rappresentato dalla progettazione definitiva ed esecutiva dell'opera, come accennato sopra, oltre che dall'esecuzione della stessa ed anche dalla sua gestione economico-funzionale.

Nel caso in cui l'amministrazione già disponga di un progetto preliminare da mettere a base di gara, la concessione può essere affidata espletando una "procedura aperta o ristretta, utilizzando il criterio selettivo dell'offerta economicamente più vantaggiosa", ai sensi dell'art. 144 del D. Lgs. n. 163/2006 (c.d. concessione ad iniziativa pubblica).

Nel caso in cui, viceversa, l'amministrazione non dispone di un progetto preliminare, può alternativamente acquisirlo attraverso il concorso di progettazione di cui si dirà a breve (cfr. sub 4) ovvero attraverso una gara avente ad oggetto l'affidamento dei servizi di ingegneria e di architettura, ovvero può ricorrere alla tecnica della finanza di progetto (c.d. concessione ad iniziativa privata), ai sensi dell'art. 153 e ss. del D. Lgs. n. 163/06. Anche a seguito del c.d. terzo decreto correttivo (D. Lgs. 11 settembre 2008, n. 152) nel *project financing*, infatti, il progetto preliminare viene redatto dall'aspirante promotore sulla base di un mero studio di fattibilità posto a base di gara dal concedente.

La caratteristica fondamentale della concessione di lavori pubblici, ovvero della concessione di costruzione e gestione, è tuttavia che la controprestazione a favore del concessionario "consiste unicamente nel diritto di gestire funzionalmente e di sfruttare economicamente tutti i lavori realizzati" (cfr. art. 143 del D. Lgs. n. 163/06).

L'elemento distintivo della concessione di lavori, rispetto all'appalto pubblico di lavori, consiste unicamente nell'attribuzione del diritto di gestire l'opera come contropartita della sua costruzione¹⁵.

¹⁴ Nel Libro Verde 2004 relativo ai "partenariati pubblico-privati e al diritto comunitario degli appalti pubblici e delle concessioni" si sottolinea che il fenomeno del partenariato pubblico privato risponde "in presenza di restrizioni di bilancio cui gli stati membri devono far fronte" alla fondamentale necessità di assicurare il contributo di fonti di finanziamento privati alla realizzazione di infrastrutture pubbliche.

¹⁵ La Comunicazione interpretativa della Commissione CE pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Comunità Europea n. L134 del 30 aprile 2004, entrata in vigore il 1° maggio 2004, ha definito la concessione come "un contratto che presenta le stesse caratteristiche di un appalto pubblico di lavori, ad eccezione del fatto che il corrispettivo dei lavori consiste unicamente nel diritto di gestire l'opera o in tale diritto accompagnato da un prezzo" (art. 1, comma 3).

Il corrispettivo derivante dalla gestione dell'opera deve essere un'alea a carico del concessionario. E' questa una caratteristica indefettibile della concessione. A tale proposito, la Commissione Europea, nella già richiamata Comunicazione interpretativa, ha precisato che "in tutti quegli affidamenti, sia di lavori che di servizi, denominati concessioni, nei quali non è rinvenibile a carico del concessionario una quota significativa di rischio di gestione, vale a dire di alea dovuta all'incertezza di remunerare il capitale investito attraverso i proventi della gestione, ci si trova dinanzi ad appalto e non a concessioni".

Il nostro stesso legislatore, nel legittimare la concessione anche nel caso delle opere fredde¹⁶, ha affermato che deve comunque restare a carico del concessionario "l'alea economico-finanziaria della gestione dell'opera" (cfr. art. 143, comma 9, del D. Lgs. n. 163/06).

Il prezzo, ovvero il contributo pubblico, non deve quindi eliminare l'alea di gestione e dovrebbe quindi essere corrisposto dall'amministrazione aggiudicatrice solo in casi eccezionali, quando, cioè, il *cash flow* derivante dallo sfruttamento economico dell'opera realizzata non consente al concessionario, che si è fatto carico dei relativi costi, di ripagare l'investimento e di trarre un utile¹⁷.

Infine, a distinguere l'appalto dalla concessione è il rischio di costruzione. Nell'appalto è la stazione appaltante a farsi carico del predetto rischio in quanto deve finanziare integralmente la realizzazione dell'opera mediante il pagamento del corrispettivo contrattuale, corrisposto a SAL, prendendosi interamente il rischio di un ritardato e/o non conforme completamento delle opere.

Viceversa, nel contratto di concessione, come si è visto, l'unica controprestazione a favore del concessionario è la gestione dell'opera, una volta completata, e prima di tale momento invece il concessionario si assume il rischio di eventi quali: il ritardo nei tempi di consegna; il mancato rispetto degli standard di progetto; l'aumento dei costi; gli inconvenienti di tipo tecnico nella realizzazione dell'opera; il mancato completamento dell'opera.

3.3 Il leasing immobiliare pubblico in costruendo

Il leasing immobiliare pubblico trova la propria disciplina nell'art. 160 - bis del D.Lgs. n. 163/2006, norma inserita nel corpus del Codice dei Contratti Pubblici dal D.Lgs. 31 luglio 2007, n. 113 (c.d. secondo decreto correttivo) e recentemente modificata dal D.Lgs. 11 settembre 2008, n. 152 (c.d. terzo decreto correttivo, il "**Terzo Correttivo**"), consentendo ai committenti tenuti all'applicazione

¹⁶ Le c.d. "opere calde" indicano quei progetti in grado di autofinanziarsi integralmente con i flussi di cassa provenienti dagli introiti derivanti, tipicamente sotto forma di tariffe, a fronte dell'erogazione del servizio pubblico prestato in favore dell'utenza privata (ad esempio, autostrade).

Le c.d. "opere fredde" indicano quelle opere destinate all'utilizzazione diretta dell'amministrazione concedente, alla quale sono legislativamente riservati i servizi pubblici, e quindi i c.d. *servizi core*. I ricavi del concessionario derivano dai pagamenti corrisposti dall'amministrazione destinataria finale delle prestazioni rese dal concessionario.

¹⁷ Ai sensi dell'art. 143, comma 4, D.Lgs. n. 163/2006 "qualora al concessionario venga imposto di praticare nei confronti degli utenti prezzi inferiori a quelli corrispondenti alla remunerazione degli investimenti e alla somma del costo del servizio e dell'ordinario utile di impresa, ovvero qualora sia necessario assicurare al concessionario il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario degli investimenti e della connessa gestione in relazione alla qualità del servizio da prestare".

del Codice dei contratti pubblici di avvalersi della locazione finanziaria “per la realizzazione, acquisizione e completamento di opere pubbliche o di pubblica utilità”¹⁸.

Come sopra osservato l'art. 160 – bis del Codice prevede che il ricorso allo strumento contrattuale in esame possa riguardare la realizzazione, ovvero l'acquisizione od il completamento di opere pubbliche, qualificandolo espressamente “appalto pubblico di lavori, salvo che questi ultimi abbiano un carattere meramente accessorio rispetto all'oggetto principale del contratto medesimo” (precisazione introdotta dal Terzo Correttivo)

La tripartizione indicata dalla norma e, soprattutto, la specificazione che si tratta di appalto di lavori non è priva di significato e si riflette sulla natura della fattispecie contrattuale, con la conseguenza di rendere chiaramente applicabile al contratto in esame la disciplina prevista per l'affidamento di lavori pubblici dal Codice¹⁹.

Il leasing immobiliare pubblico è quindi uno strumento che consente un miglior utilizzo delle risorse finanziarie pubbliche nelle ipotesi delle c.d. "opere fredde", in linea con i limiti del già richiamato Patto di Stabilità.

La società di leasing, infatti, acquista o fa costruire e quindi appalta a società di costruzione (c.d. leasing "in costruendo") un bene immobile strumentale all'esercizio della attività dell'ente pubblico, che concede in godimento all'amministrazione ("utilizzatore").

L'amministrazione, quindi, ne acquista subito la disponibilità e corrisponde alla società di leasing un canone periodico, dilazionato nel tempo, solo dal momento in cui entra nella effettiva disponibilità del bene ed ha la facoltà di esercitare, al termine della locazione, il diritto di riscatto, entrando quindi nella piena proprietà del bene riscattato, dietro pagamento di un corrispettivo finale.

Il leasing immobiliare consente di ottenere dalla società di leasing il finanziamento necessario per acquisire la piena disponibilità del bene, senza che a tal fine si renda necessario l'esborso di denaro dalle casse pubbliche.

A voler raffrontare da un punto di vista economico - finanziario il leasing immobiliare in costruendo con la concessione di lavori pubblici, emerge che l'onere per l'amministrazione è pressoché equivalente nei due casi²⁰. Infatti, fermo restando il rischio di gestione, nel caso della concessione di lavori pubblici il ripagamento dei costi di investimento avviene da parte dell'amministrazione, parzialmente, attraverso il pagamento del prezzo/contributo pubblico (in generale necessario, come si è già detto) e del canone di disponibilità. Nel caso del leasing immobiliare in costruendo, la società di leasing, che ha prefinanziato la realizzazione dell'opera, viene ripagata nella stessa misura, ma attraverso la corresponsione del canone di leasing. La differenza, quindi, è rappresentata dai maggiori oneri finanziari di cui si fa carico la società di leasing, e che vengono poi rigirati sull'amministrazione concedente, rispetto alla società di progetto, la quale, nel caso in cui sussista un contributo pubblico, trae evidente beneficio dal pagamento del medesimo per stati di avanzamento lavori, anziché, come avviene nel leasing, al completamento dell'opera,

¹⁸ La disciplina del leasing pubblico in origine era stata impropriamente inserita nell'art. 1, commi 907, 908, 912, 913 e 914 della legge finanziaria per l'anno 2007 (Legge 27 dicembre 2006, n. 296), poi abrogati dall'entrata in vigore del secondo decreto correttivo richiamato nel testo.

¹⁹ Peraltro, tale precisazione è conforme a quanto già precisato da autorevole dottrina e più recentemente anche dall'Autorità di Vigilanza sui lavori pubblici (Cfr. Parere 24 del 31 gennaio 2008).

²⁰ Tale conclusione non tiene conto delle differenze ai fini del trattamento fiscale tra i due sistemi.

attraverso il canone di leasing, che incomincia ad essere pagato dalla P.A. solo a decorrere dal rilascio del certificato di collaudo.

Per quanto attiene poi all'oggetto del contratto di leasing immobiliare, ulteriore rispetto all'erogazione del servizio finanziario proprio della società di leasing, l'art. 160 - bis, comma 4 - ter, introdotto dal Terzo Correttivo prevede che “La stazione appaltante pone a base di gara un progetto di livello almeno preliminare. L'aggiudicatario provvede alla predisposizione dei successivi livelli progettuali ed all'esecuzione dell'opera”.

La natura mista del contratto di leasing immobiliare non sembra, quindi, essere estesa al punto tale da ricomprendere servizi ulteriori rispetto alla manutenzione ordinaria e straordinaria dell'opera realizzata, ossia i servizi c.d. no - core (quali ristorazione, pulizie, lavanderia, ecc.). Un'applicazione estensiva della previsione sopra richiamata infatti esporrebbe l'amministrazione a possibili contestazioni considerata la lettera della norma e la previsione di cui all'art. 14, comma 4, del Codice. La concessione di lavori pubblici è fra l'altro richiamata dallo stesso art. 14 citato, ed ha viceversa nel suo oggetto tipico, come si è più volte evidenziato, proprio la gestione funzionale dell'opera realizzata.

Per quanto attiene alle prestazioni relative alla progettazione dell'opera, il leasing immobiliare presuppone, come si è visto, che a base di gara venga messo a disposizione almeno un progetto di livello preliminare, che pertanto l'amministrazione deve acquisire per altra via.

Alla luce di quanto si è sin qua esposto è quindi già possibile giungere ad una prima conclusione nell'individuare lo strumento giuridico più idoneo al fine descritto.

Il leasing immobiliare appare inidoneo ad essere applicato nella realizzazione del Nuovo Polo, poiché non risponde all'esigenza di affidare ad un unico soggetto i servizi diversi da quelli manutentivi, quali ad esempio quelli di ristorazione, pulizia, lavanderia, ecc..

Per tali servizi infatti si dovrebbe procedere solo tramite affidamento a terzi con appalti separati. Situazione questa che non coincide con l'interesse dell'amministrazione dato l'aggravio in termini di procedure, tempi e costi e responsabilità trasferita sull'amministrazione. Tale scelta presenterebbe lo svantaggio per l'amministrazione di dover interloquire con più fornitori di servizi. Ciò con tutte le conseguenze che derivano in ordine alla qualità e tempestività del servizio, soprattutto in opere di grandi dimensioni e di complessa gestione quale sarà il Nuovo Polo. A tutto ciò si aggiunga che da un punto di vista economico - finanziario, seppure parzialmente, i servizi contribuiscono a ripagare il concessionario dei costi di costruzione di cui si è fatto carico e quindi rappresentano, da un lato un incentivo al completamento dell'opera per il concessionario, e, dall'altro un incentivo ad una loro corretta e puntuale erogazione nella misura in cui da una corretta gestione dipende anche l'integrale pagamento del canone per la disponibilità e dei corrispettivi per i servizi a favore del concessionario medesimo, come si è sopra esposto.

4. Il concorso di progettazione e la gara di concessione

4.1 Premesse

La concessione di lavori pubblici è quindi l'istituto che meglio soddisfa le esigenze dell'amministrazione nella realizzazione del Nuovo Polo.

Come si è già anticipato, tale istituto prevede, laddove la concessione venga affidata con il sistema del Project financing, di ottenere dal privato anche l'elaborazione del progetto preliminare, sollevando così l'amministrazione medesima dall'onere di acquistarlo a proprio carico ricorrendo ad una ulteriore e separata procedura concorsuale²¹.

Dal confronto avuto in occasione degli incontri istituzionali svoltisi al fine della redazione del presente documento, è emerso che il sistema del project financing, non può essere utilizzato in quanto è inidoneo a dare la certezza all'amministrazione di acquisire un progetto di livello adeguato alla complessità, particolarità e innovatività proprie del Nuovo Polo.

Si rileva, fra l'altro, che con l'entrata in vigore del c.d. Terzo Decreto Correttivo, che, come è noto, ha ridisegnato la disciplina del project financing, la semplificazione ed accelerazione della relativa procedura sembra tuttavia restringere di contro la possibilità per l'amministrazione di conseguire dal privato un progetto rispondente alle sue aspettative.

Infatti, con l'eliminazione della procedura negoziata, nella gara con diritto di prelazione, è venuta anche meno la possibilità per l'amministrazione di ulteriormente migliorare il progetto preliminare presentato dal promotore.

In altri termini, optando per la finanza di progetto, l'amministrazione, oggi di più che in passato, deve accettare il progetto preliminare che esce dalla procedura di gara, seppure adeguato alle - sembrerebbe - circoscritte modifiche introdotte al fine dell'approvazione del progetto medesimo. Oppure, qualora anche opti per la gara con diritto di prelazione, anziché per la gara unica, si deve accontentare delle limitate soluzioni migliorative che possono essere conseguite nella procedura di gara all'esito della quale il promotore può esercitare il diritto di prelazione.

In conclusione, lo strumento risultato più idoneo è il concorso di progettazione.

4.2. Caratteristiche, procedure e tempi

Il concorso di progettazione, disciplinato dagli articoli 99 e seguenti del Codice dei contratti pubblici, è un procedimento autonomo attraverso il quale le stazioni appaltanti acquisiscono all'esterno una progettazione nei casi in cui lo sviluppo progettuale presupponga una peculiare elaborazione ed un significativo apporto creativo da parte del professionista, vale a dire nei casi di lavori di speciale complessità o di particolare rilevanza architettonica.

In particolare, il concorso di progettazione si differenzia, da una parte, dall'appalto di servizi di architettura e di ingegneria, poiché il primo si conclude sostanzialmente con la compravendita di un prodotto dell'ingegno (il progetto preliminare), mentre il secondo è un contratto che ha ad oggetto la prestazione professionale in sé e per sé, con la conseguenza che la procedura è tesa alla selezione del professionista e non del progetto (e pertanto, il possesso dei requisiti di professionalità da parte del concorrente assume un'importanza decisamente maggiore)²².

²¹ L'amministrazione infatti non ha la capacità di provvedervi internamente, data la speciale complessità del Nuovo Polo.

²² La giurisprudenza ha chiarito al riguardo che: "Il concorso di progettazione ed il concorso di idee, che ne è una sottospecie, si distinguono nettamente dall'appalto di progettazione, meglio definito come appalto di servizi di architettura o di ingegneria. I primi identificano, infatti, un'offerta al pubblico con la quale l'amministrazione aggiudicatrice promette di acquistare, premiandola o meno, un'idea progettuale, ovvero un progetto che normalmente è definito a livello di preliminare. Si può dire, quindi, che la procedura relativa al concorso di idee o di progettazione si conclude con una compravendita di un prodotto dell'ingegno e cioè di un progetto. Laddove, invece, nell'appalto di progettazione oggetto del contratto è una prestazione professionale intesa ad un risultato e cioè alla redazione di un progetto, per cui la procedura tende alla selezione del relativo progettista. Tale diversità

Tale peculiarità del concorso di progettazione appare rispondente proprio alle esigenze, come sopra rappresentate, del Nuovo Polo.

Dall'altra, il concorso di progettazione si distingue dal concorso di idee (disciplinato dall'articolo 108 del Codice dei contratti) per il fatto che, nel primo, i concorrenti sono chiamati a predisporre un vero e proprio progetto preliminare mentre, nel secondo, la procedura è volta alla selezione della migliore impostazione per la soluzione della problematica posta (al livello di prima elaborazione).

Il progetto preliminare viene selezionato all'esito di un giudizio comparativo di merito sui progetti presentati dai concorrenti ed il cui risultato viene reso in una graduatoria finale. I soggetti coinvolti nel concorso sono la stazione appaltante, che avvia il concorso attraverso un bando, la commissione giudicatrice, che valuta gli elaborati presentati ed opera la selezione e i partecipanti, ovvero i concorrenti che presentano il loro progetto.

In particolare, tale procedura trova applicazione ai concorsi di progettazione che abbiano un valore - determinato sulla base dei criteri appositamente stabiliti all'articolo 99 del Codice - pari o superiore al "valore-soglia" di 206.000 euro (di 133.000 per i concorsi di progettazione banditi da autorità governative centrali).

Qualora il progetto preliminare che si mira ad acquisire con il concorso riguardi interventi che la stazione appaltante realizzerà tramite concessione di lavori pubblici, la disciplina vigente richiede che la "proposta ideativa" ad oggetto del concorso comprenda anche "la redazione di uno studio economico-finanziario per la sua costruzione e gestione" (cfr. art. 99, comma 3, D.Lgs. 163/2006).

Nel caso, cioè, in cui "il corrispettivo dei lavori consiste unicamente nel diritto di gestire l'opera on in tale diritto accompagnato da un prezzo", è necessario che vengano analizzati approfonditamente gli aspetti relativi al costo di realizzazione e gestione dell'opera, e che essi vengano posti a confronto con i ricavi che sarà possibile trarre dalla gestione dell'opera. La ratio della norma è quindi quella di includere nella "proposta" progettuale dell'opera da gestire anche il quadro tecnico-economico necessario al fine della valutazione non solo tecnica ed estetica del progetto ma anche della fattibilità economica dello stesso.

Ciò evidentemente, al fine di supportare la stazione appaltante nella valutazione, che ad essa ovviamente compete, in ordine alla possibilità di procedere al successivo affidamento con il sistema della concessione, sussistendone anche i presupposti economico - finanziari necessari a tal fine.

Fatti salvi gli approfondimenti che l'importanza del tema richiede, le previsioni di cui all'art. 99, comma 3 del Codice dei contratti pubblici, avvicina, da questo punto di vista, il concorso di progettazione alla proposta che nel project financing viene presentata dal promotore.

di natura spiega perché non sia richiesta l'indicazione di particolari requisiti minimi di partecipazione di carattere economico-finanziario e tecnico-organizzativo che devono essere posseduti dai concorrenti, escluso quello professionale. Si tratta, infatti, di procedura intesa ad esaltare le sole capacità creative e progettuali dei soggetti partecipanti indipendentemente dalle loro capacità economico-finanziarie e tecnico organizzative" (cfr. Tribunale Amministrativo Regionale Campania, Napoli, sez. II, 3 luglio 2007, n. 6443).

Per quanto riguarda il premio, ai sensi dell'articolo 99, comma 4, esso è identificato con l'utilità economica che, nel bando, la stazione appaltante si impegna ad erogare al vincitore della procedura di selezione. La norma prevede poi che a favore degli altri soggetti che abbiano preso parte al concorso e che abbiano presentato progetti ritenuti meritevoli venga corrisposto un rimborso spese.

Con il pagamento del premio la stazione appaltante acquista la proprietà del progetto vincitore.

La stazione appaltante acquisisce quindi la proprietà del progetto, senza che residui in capo all'aggiudicatario alcun diritto su di esso. Tale progetto potrà essere utilizzato dalla stazione appaltante a propria discrezione: facendolo successivamente sviluppare dal vincitore del concorso di progettazione (cfr. art. 99, comma 5 del Codice), ponendolo alla base di un successivo appalto, o di una concessione di lavori pubblici, oppure, se ritiene, non dandovi alcun seguito immediato²³.

Per quanto riguarda le operazioni di selezione dei concorrenti, l'articolo 105 del Codice stabilisce che si applichino "procedure conformi alle disposizioni della parte II" del Codice stesso.

La stazione appaltante potrà quindi definire i criteri di valutazione che ritiene più idonei a selezionare un progetto preliminare rispondente il più possibile alle proprie aspettative.

Per quanto riguarda i termini di gara, che interessano la stazione appaltante in quanto mostrano indicativamente come tale procedura non sia particolarmente dispendiosa dal punto di vista temporale, appare necessario rilevare che la stazione appaltante gode di una certa libertà di scelta. La fissazione del termine dalla pubblicazione del bando per la presentazione delle proposte progettuali viene infatti demandata alla valutazione discrezionale della stazione appaltante, la quale individuerà il tempo che essa ritiene congruo, in ragione soprattutto della complessità ed importanza della prestazione che viene richiesta.

In via analogica, ad ogni modo, è possibile richiamare quanto stabilito, a tal proposito, dall'articolo 59, comma 1, del D.P.R. 21 dicembre 1999, n. 554 (il Regolamento di attuazione della legge quadro in materia di lavori pubblici 11 febbraio 1994, n. 109 e successive modificazioni, in tale parte oggi abrogato dal), a norma del quale "[i]l termine di presentazione delle proposte progettuali non [poteva] essere **inferiore a novanta giorni**".

Altro riferimento di carattere analogico sul quale ragionare affinché la stazione appaltante predisponga una procedura con una tempistica congrua, è rappresentato dalla previsione contenuta nel Codice dei contratti pubblici in materia di concorso di idee. All'articolo 108 del Codice, infatti, pur riconoscendosi che "[i]l termine di presentazione della proposta deve essere stabilito in relazione all'importanza e complessità del tema", viene stabilito che tale termine "non può essere inferiore a **sessanta giorni** dalla pubblicazione del bando".

Per tali ragioni, pertanto, pur nel silenzio dell'articolo 99 sul punto, appare opportuno che venga stabilito un termine per la presentazione delle proposte che non sia inferiore a sessanta o novanta giorni dalla data della pubblicazione del bando.

²³ Anche l'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture sul tema ha infatti chiarito che: "il problema della proprietà del progetto non si pone nelle ipotesi di concorso di progettazione o di affidamento di incarico di progettazione, in cui è pacifico che la proprietà del progetto stesso passi all'amministrazione" (cfr. Autorità lavori pubblici, Deliberazione n. 253 del 21 giugno 2001).

Il progetto preliminare acquisito dall'amministrazione all'esito del concorso di progettazione illustrato selezionato deve quindi venire approvato dalla stazione appaltante ai sensi dell'art. 97 del Codice, e ricevere il parere positivo del NUVV (il Nucleo di Valutazione e Verifica della Regione) ai sensi dell'art. 45 della L.R. Veneto n. 27/2003. Il progetto dovrà altresì essere validato. Una volta che non sarà più applicabile la disciplina transitoria di cui all'art. 253, comma 20 del Codice, il validatore dovrà venire selezionato all'esito di una procedura ristretta, alla quale sono applicati i termini minimi di 37 giorni dalla trasmissione del bando per la ricezione delle domande di partecipazione e di 40 giorni dall'invito per la presentazione delle offerte²⁴.

4.3 La gara di concessione: procedura e tempi

Il progetto quindi validato e approvato potrebbe venire messo a base della procedura di gara da espletare, ai sensi dell'art. 144 del Codice, per la realizzazione del Nuovo Polo attraverso la concessione di costruzione e gestione.

L'articolo 144 del Codice stabilisce che l'affidamento delle concessioni avvenga con "procedura aperta o ristretta, utilizzando il criterio selettivo dell'offerta economicamente più vantaggiosa".

La procedura ristretta, che rappresenta la modalità, anche legislativamente, più rispondente al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, e comunque la modalità, ad oggi, maggiormente utilizzata nel caso delle concessioni di lavori pubblici, dovrebbe consentire di selezionare, al fine della successiva presentazione delle offerte (in risposta alla trasmissione della lettera di invito) quei soggetti, o meglio quei raggruppamenti o consorzi, capaci di rispondere a puntuali requisiti di qualificazione richiesti dal bando, anche al fine di selezionare soggetti con specifiche capacità ed esperienze dal punto di vista progettuale coerenti con la realizzazione del Nuovo Polo. Ciò anche tenuto conto delle diverse caratteristiche, e quindi delle diverse capacità, richiamate a loro volta dai singoli lotti in cui sarà articolato il Nuovo Polo (cfr. sub 4.4).

L'amministrazione procederà quindi alla pubblicazione del bando secondo le modalità previste dall'articolo 66 D.Lgs., 163/2006 (G.U.C.E., Gazzetta Ufficiale Repubblica Italiana, profilo del committente, sito internet presso il Ministero Infrastrutture, due quotidiani a tiratura nazionale e due quotidiani locali). Il bando deve già indicare, tra l'altro, i criteri di valutazione, precisando la ponderazione relativa a ciascuno di essi, e i sub criteri, i sub pesi o i sub punteggi per ciascun criterio.

Con riguardo ai tempi della procedura, tralasciando la tempistica necessaria alle operazioni di valutazione delle offerte che non è preventivabile e dipende in grandissima parte dalla competenza e dalla celerità della Commissione aggiudicatrice, nonché dal numero delle offerte presentate, i termini indicati dalla legge per tale tipo di procedure sono i seguenti:

- "**Il termine per la presentazione della domanda di partecipazione non può, in ogni caso, essere inferiore a cinquantadue giorni dalla data di spedizione del bando**" (cfr. art. 145, comma 1 D.Lgs. n. 163/2006);
- "**In tutte le procedure, quando il contratto ha per oggetto anche la progettazione esecutiva, il termine per la ricezione delle offerte non può essere inferiore a sessanta giorni dalla data di**

²⁴ Si fa presente che, viceversa, ai sensi della richiamata disciplina transitoria, "sino all'entrata in vigore del regolamento, la verifica può essere effettuata dagli uffici tecnici delle stazioni appaltanti o dagli organismi di cui alla lettera a) del citato art. 112. Gli incarichi di verifica di ammontare inferiore alla soglia comunitaria possono essere affidati a soggetti scelti nel rispetto dei principi di non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità e trasparenza".

trasmissione del bando di gara o di invio dell'invito; quando il contratto ha per oggetto anche la progettazione definitiva, il termine per la ricezione delle offerte non può essere inferiore a ottanta giorni" dalla data dell'invio dell'invito a presentare le offerte (cfr. art. 70, comma 6, D.Lgs. 163/2006).

4.4 La divisione in lotti del Nuovo Polo

Nel presente Documento la realizzazione del Nuovo Polo viene prefigurata mediante l'articolazione dell'intervento per fasi. Si tratta di cinque fasi separate per funzionalità e destinazione ("fasi funzionali"). Ciascuna di esse rappresenta il compimento di una parte significativa di un programma complesso come il Nuovo Polo; ogni fase è in grado di concretizzare in piena autonomia funzionale alcuni degli obiettivi affidati all'intervento, senza pregiudicare l'unitarietà ed integrazione del programma realizzativo.

Dal punto di vista propriamente realizzativo e strettamente giuridico, a ciascuna delle cinque fasi funzionali corrisponde un distinto lotto. Ci si limita a ricordare soltanto che alle fasi uno corrisponde l' "assistenza per acuti e ricerca clinica", alla fase due l'"area geriatrica", alla fase tre la "ricerca biomedica e relativi servizi", alla fase quattro l'area didattica e formazione" e alla fase cinque i "servizi pubblici, relazioni esterne e ricettività"²⁵.

Come si esporrà a breve, poi, l'autonomia funzionale e l'autonomia fruibilità dei singoli lotti si presta, dal punto di vista temporale e realizzativo, a diverse alternative procedurali, tali per cui si può ipotizzare una realizzazione "sincronica" ("fasi in parallelo") o "diacronica" ("fasi in serie") da parte del concessionario che sarà unico.

La norma quindi consente la divisione di una sola opera in più parti da affidare a soggetti diversi, nel caso però l'esecutore del contratto pubblico sia un solo soggetto, stando a tale normativa ancora in vigore, non è possibile procedere a divisioni e diversi contratti.

L'art. 37, dello stesso Regolamento, ammette però, solo nel caso in cui risulti vantaggioso per l'amministrazione, la divisione in lotti. La norma infatti prevede che: *"le forniture, i trasporti e i lavori sono dati in appalto separatamente secondo la natura del servizio e divisi possibilmente in lotti, quando ciò sia riconosciuto più vantaggioso per l'amministrazione"*.

La regola generale del divieto della divisione in lotti di un'opera unitaria incontra l'eccezione rappresentata dalla divisibilità dei lavori, quando essa viene motivata sulla base dell'interesse pubblico ad un frazionamento dell'opera medesima (cfr. art. 37 Reg. cont. St.).

Più nel dettaglio, l'art. 128 infatti prevede che *"Un lavoro può essere inserito nell'elenco annuale, limitatamente ad uno o più lotti, purché con riferimento all'intero lavoro sia stata elaborata la progettazione almeno preliminare e siano state quantificate le complessive risorse finanziarie necessarie per la realizzazione dell'intero lavoro. In ogni caso l'amministrazione aggiudicatrice nomina, nell'ambito del personale ad essa addetto, un soggetto idoneo a certificare la funzionalità, fruibilità e fattibilità di ciascun lotto"*.

Le modalità realizzative del Nuovo Polo rispetteranno la richiamata previsione. Altrettanto vale per i lotti che rispondono a quelle caratteristiche di funzionalità, fruibilità e fattibilità prescritte, per l'appunto, dall'art. 128 sopra richiamato.

²⁵ Per questi aspetti si rimanda alla prima parte.

I Lotti così individuati dovranno quindi essere aggiudicati contemporaneamente ad un unico affidatario, il quale si farà carico di realizzarli in "in parallelo" oppure "in serie", come si è già anticipato.

La scelta dell'amministrazione di individuare un unico "referente" sia nella fase di costruzione che nella fase di gestione del Nuovo Polo, attraverso la selezione di un concessionario unico se da un lato risponde alle esigenze di semplificazione nella gestione dell'intervento, dall'altro lato, limita l'accessibilità della gara rispetto all'ipotesi in cui l'amministrazione optasse viceversa per la selezione di più concessionari in funzione dei diversi lotti. E' infatti evidente, ad esempio, che i requisiti di partecipazione richiesti ai partecipanti dal bando di gara devono essere più elevati e più rigorosi nella prima ipotesi che nella seconda.

Ciò vale per tutti i requisiti, sia quelli relativi alla costruzione sia quelli relativi alla gestione di servizi che infine alla progettazione, i quali devono venire soddisfatti contestualmente e integralmente da un unico soggetto, che è quello aggiudicatario.

Tuttavia l'interesse pubblico, laddove adeguatamente motivato e comprovato come nel caso di specie, può giustificare tale "modus operandi" da parte dell'amministrazione²⁶.

È necessario esaminare quali possono essere i reciproci vantaggi e svantaggi della costruzione dei singoli lotti "in parallelo" ovvero "in serie".

Nel primo caso, ci si potrebbe giovare del vantaggio di comportare un inizio contestuale (o pressoché contestuale) della realizzazione dei cinque lotti, determinando così una significativa riduzione dei tempi necessari per la costruzione del Nuovo Polo. Ciò si traduce dal punto di vista economico - finanziario, in un anticipato inizio della fase di gestione del singolo lotto con conseguente riduzione degli oneri finanziari legati al debito contratto dal concessionario con gli istituti finanziatori.

Di contro, ciò impone al concessionario la disponibilità di un'organizzazione di cantiere e di risorse in termini di personale e mezzi che potranno venire immobilizzate pressoché contemporaneamente su cinque cantieri. Ciò rende la gara accessibile ad un ristretto numero di partecipanti, che possono essere solo quelli capaci di aggregare, un numero di soggetti ed operatori idoneo a tal fine.

Nell'ipotesi di realizzazione dei lotti "in serie", al contrario, gli oneri legati agli incombenti relativi alla fase progettuale e realizzativa sono evidentemente ridotti in quanto maggiormente

²⁶ A tal fine può essere utile richiamare una pronuncia del Consiglio di Stato, del seguente tenore: *"Dal quadro normativo nazionale e comunitario non è evincibile un principio generale ed inderogabile di non cumulabilità di più appalti in un'unica competizione. In particolare, all'affermazione di un principio di tale natura non è dato pervenire prendendo le mosse dalla disciplina in tema di concorrenza, se solo si considera che, per un verso, l'innalzamento del valore di un appalto strangola in radice il ricorso a procedure negoziali meno garantistiche rese invece possibili dalla scissione di una gara unitaria in una pluralità di procedure sottosoglia; e, per altro verso, se si considera che l'utilizzo dello strumento dell'associazionismo temporaneo consente ad imprese non autonomamente qualificate di esplicitare le proprie potenzialità concorrenziali anche nell'alveo di procedure complesse. In realtà, il valore primario della tutela della concorrenza, laddove non incarnato da disposizioni puntuali che lo traducono in concreto per il tramite di preclusioni specifiche, consente l'accorpamento di procedure teoricamente scindibili, a patto che l'opzione sia sorretta da ragioni di interesse pubblico adeguatamente motivate e conformi al principio europeo di proporzionalità. In tali casi, infatti, la reductio ad unitatem si appalesa espressione di una discrezionalità non incisa da precetti puntuali piuttosto che alla stregua di un'opzione artificiosa volta ad eludere o depotenziare il principio di massima concorrenzialità" (Consiglio di Stato, sez. VI, 27 novembre 2006, n. 6908).*

frazionati nel tempo. Di contro vi sarebbe una dilatazione dei tempi necessari alla realizzazione del Nuovo Polo con conseguente aggravio degli oneri finanziari che il concessionario trasferisce inevitabilmente sull'amministrazione. Dal punto di vista finanziario, inoltre, proprio l'aumento dei tempi di realizzazione renderebbe più difficoltosa l'individuazione sul mercato del credito di un finanziatore, o meglio, di un pool di banche, in grado di assumersi il considerevole impegno economico richiesto per realizzare il Nuovo Polo per un così lungo periodo di costruzione.

5. L'Accordo di Programma

5.1 Natura e funzione

Prima di procedere all'affidamento della realizzazione del Nuovo Polo andrà sottoscritto un Accordo di Programma (cfr. art. 34 del D.Lgs. n. 267/2000) tra Regione, Università, Azienda Ospedaliera e Comune, in ragione del ruolo che ciascuno di tali soggetti sarà chiamato a svolgere nel Progetto ed in ragione della necessità di fissare i "passaggi" centrali attraverso i quali si articola la realizzazione del Progetto.

Più precisamente tale strumento dovrebbe individuare le fonti di finanziamento destinate alla realizzazione del Nuovo Polo, ivi incluso, quindi, il finanziamento derivante dalla valorizzazione della Vecchia Struttura una volta dimessa (cfr. sub IX), la modalità di affidamento della realizzazione del Nuovo Polo, l'indicazione del soggetto partecipante all'Accordo di Programma che riveste la funzione di stazione appaltante ovvero di amministrazione aggiudicatrice, gli impegni e le azioni dei singoli partecipanti al fine di coordinarli (cfr. sub VII), nonché ogni altro ed ulteriore connesso adempimento, che si rivelasse necessario o opportuno al fine della realizzazione del Progetto. Inoltre l'Accordo di Programma sarà lo strumento con il quale verrà introdotta la variazione degli strumenti urbanistici e la modifica della destinazione urbanistica della Vecchia Struttura e, se necessario, di quella del Nuovo Polo, come si esporrà più approfonditamente nel successivo paragrafo, oltre ad essere lo strumento per individuare lo strumento prescelto per l'affidamento della concessione.

Infine, per quanto attiene alla vincolatività degli obblighi assunti dai soggetti pubblici partecipanti all'Accordo di Programma evidenziamo brevemente quanto segue con riferimento alla possibilità di ritenere che anche gli accordi tra Pubbliche Amministrazioni possano godere di tutela civilistica ed, in particolare, dei rimedi tipici avverso l'inadempimento contrattuale, ivi incluso il risarcimento in forma specifica.

I sostenitori della tesi privatistica (seppur non maggioritaria) sostengono che l'Accordo di Programma abbia natura negoziale e quindi, pur avendo un oggetto di natura pubblicistica, è da ritenersi disciplinato ai sensi del Codice Civile.

A sostegno di tale tesi si porta, innanzitutto, il rinvio normativo operato dall'art. 15 della legge n. 241 del 1990 all'art. 11 della stessa legge, che li sottopone alla disciplina del Codice civile in materia di obbligazioni.

L'art. 15 citato, infatti, attraverso il rinvio al comma secondo dell'art. 11 della stessa legge, prevede l'applicabilità, nella misura in cui risultano compatibili, dei principi del codice civile in materia di contratti e obbligazioni agli accordi che le pubbliche amministrazioni possono concludere "per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune".

Altro argomento, di natura testuale, deriva invece dalla lettera dell'art. 34 del D.Lgs. n. 267 del 2000, che, adoperando l'espressione "concordano l'accordo", fornirebbe un ulteriore indizio della natura contrattuale dell'istituto in esame.

Infine, un terzo argomento riguarda, più a monte, la possibilità che l'interesse pubblico sia oggetto di un accordo. In particolare, la posizione tradizionale secondo la quale l'esercizio della funzione pubblica sarebbe indisponibile (essendo finalizzato al raggiungimento dell'interesse pubblico) sarebbe superabile considerando che la Pubblica Amministrazione conserva in ogni caso certi margini di disponibilità dell'interesse, quantomeno in ordine ai tempi, ai modi ed ai mezzi della sua realizzazione.

Aderire a tale tesi privatistica, pertanto, significa riconoscere l'esistenza di una posizione di diritto soggettivo in capo a ciascuna amministrazione nei confronti dell'altra, con riferimento all'attuazione dell'accordo. Ciò avrebbe come effetto che tutti i provvedimenti contrari agli impegni assunti nell'accordo stesso dovrebbero essere considerati come un inadempimento contrattuale. La discrezionalità della Pubblica Amministrazione inerte, infatti, dovrebbe ritenersi esaurita già al momento della stipulazione dell'accordo, a seguito del quale essa deve ritenersi vincolata alle posizioni che in questo sono state cristallizzate.

Di conseguenza, se un'amministrazione rifiutasse di adottare i provvedimenti concordati, l'altra potrebbe attivare tutte le forme di tutela previste dal codice civile nell'ipotesi di inadempimento, quali: risoluzione per inadempimento, risarcimento del danno per inadempimento ed eccezione di inadempimento, nonché tutela in forma specifica ai sensi dell'art. 2932 codice civile.

Ai predetti strumenti di tipo civilistico se ne possono aggiungere di ulteriori, per quanto non altrettanto efficaci, e che sono l'attivazione della procedura del silenzio-rifiuto, se l'autorità competente non emana l'atto formale di approvazione dell'accordo; l'impugnazione degli atti difformi rispetto alle prescrizioni dell'accordo (viziati da eccesso di potere); l'arbitrato (se previsto,); l'intervento sostitutivo (in seguito a verifiche del collegio di vigilanza, qualora ne sia previsto uno).

5.2 Variazione degli strumenti urbanistici

5.2.1 Il procedimento di approvazione dell'Accordo di Programma contenente la variante urbanistica

Nel paragrafo precedente, si è chiarita la natura e l'utilità che riveste l'istituto dell'Accordo di Programma per l'attuazione del Progetto in esame evidenziando, tra l'altro, che l'approvazione di tale strumento (nei tempi e secondo le modalità descritte in appresso) costituisce altresì variante alla disciplina urbanistica delle aree di interesse.

In particolare, in Regione Veneto, l'istituto dell'Accordo di Programma è disciplinato dall'art. 7 della Legge Regionale 23 aprile 2004, n. 11 (che sostanzialmente mutua l'art. 34 del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267).

Tale articolo specifica, al comma 1, che "per la definizione e la realizzazione di programmi integrati di intervento o di opere pubbliche o di interesse pubblico, che richiedono l'azione integrata e coordinata di comuni, province, Regione, amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici o privati, può essere promossa la conclusione di accordi di programma ...".

Il comma 2 del medesimo articolo chiarisce che l'approvazione dell'Accordo di Programma può comportare variante agli strumenti urbanistici.

Il procedimento di formazione dell'Accordo di Programma costituente anche variante urbanistica può essere sintetizzato come segue:

- a) indizione di una conferenza di servizi tra i rappresentanti di tutte le amministrazioni interessate al fine di verificare la possibilità di concordare l'Accordo di Programma;
- b) nei successivi 5 giorni, deposito della proposta dell'Accordo di Programma presso la segreteria del Comune per 10 giorni (del deposito è dato avviso sull'albo pretorio del Comune e della Provincia interessati e mediante affissione di manifesti);
- c) entro 20 giorni dalla scadenza del termine di deposito della proposta, presentazione di osservazioni da parte di chiunque;
- d) entro 30 giorni dalla scadenza del termine per la presentazione di osservazioni, istruttoria da parte del Comune delle osservazioni presentate e convocazione di tutte le amministrazioni ed i soggetti pubblici interessati che si esprimono definitivamente sull'accordo, anche sulla base delle osservazioni presentate;
- e) sottoscrizione dell'Accordo di Programma da parte dei rappresentanti delle amministrazioni e dei soggetti pubblici che partecipano all'Accordo.
- f) nel caso in cui tale Accordo comporti variante alla strumentazione urbanistica l'accordo è approvato dalla Amministrazione sovracomunale competente in materia urbanistica ;
- g) l'adesione del Sindaco deve essere ratificata dal Consiglio Comunale entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'Accordo di Programma a pena di decadenza.

L'Accordo di Programma acquista efficacia trascorsi 15 giorni dalla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

Qualora l'Accordo di Programma non venga realizzato nei termini dallo stesso previsti l'eventuale variante decade.

L'articolo 7 in esame, al comma 1, specifica altresì che i rapporti tra le amministrazioni coinvolte nel procedimento di Accordo di Programma ed i soggetti privati sono disciplinati da un atto unilaterale d'obbligo o da una convenzione da allegare all'Accordo stesso.

Tale previsione consente, quindi, già in sede di Accordo di Programma di regolamentare quelli che saranno gli impegni e gli obblighi assunti dalle parti pubbliche e private nell'attuazione del Progetto.

5.2.2 La valutazione ambientale strategica

All'interno del procedimento di Accordo di Programma sopra descritto, dovrà essere curato il procedimento relativo alla valutazione ambientale strategica ("VAS") disciplinato, a livello statale, dal D.lgs. 3 aprile 2006, n. 153, come recentemente modificato dal D.lgs. 16 gennaio 2008, n. 4 ed a livello regionale dall'art. 4 della richiamata L.R. n. 11/2004 e dall'art. 14 della L.R. 26 giugno 2008 n. 4 che introduce una disciplina transitoria in attesa che venga emanata una specifica normativa in materia di VAS.

5.2.3 Gli effetti della variante urbanistica

Un volta chiarito ai paragrafi precedenti il procedimento di formazione dell'Accordo di Programma e della sottesa variante urbanistica merita soffermarsi brevemente sugli effetti che l'approvazione di tale Accordo e della relativa variante produrrebbe sull'attuazione del Progetto in esame.

In particolare, l'approvazione dell'Accordo di Programma e della variante alla strumentazione urbanistica del Comune di Padova comporta:

- a) sia la modifica della destinazione urbanistica dell'area che attualmente ospita la Vecchia Struttura da area destinata a servizi ad area destinata a residenza, terziario, commerciale, ricettivo ..., introducendo così un nuovo mix funzionale che consentirebbe la riqualificazione dell'area stessa;
- b) sia la modifica - se necessaria - della destinazione urbanistica che ospiterà Il Nuovo Polo.

Al riguardo, giova rilevare che finché non sarà operativo il Nuovo Polo sarà necessario mantenere in funzione la Vecchia Struttura, con la conseguenza che la variante urbanistica dovrà espressamente prevedere la possibilità di mantenere in essere, anche attraverso la realizzazione di interventi di ristrutturazione/manutenzione, la Vecchia Struttura.

6. La valorizzazione della Vecchia Struttura

6.1 La vendita diretta

Come illustrato nelle premesse, la realizzazione del Nuovo Polo è strettamente complementare alla dismissione e valorizzazione della Vecchia Struttura, che contribuisce al finanziamento della realizzazione del Nuovo Polo. Trattasi infatti di due passaggi correlati e paralleli necessari al fine della realizzazione del Progetto inteso nella sua globalità.

La dismissione può avvenire tramite: (i) vendita diretta delle aree, o (ii) apporto delle aree ad un fondo immobiliare ad apporto pubblico.

Per quanto concerne l'ipotesi della vendita diretta si ricorda che "tutti i contratti dai quali derivi entrata o spesa dello Stato debbono essere preceduti da pubblici incanti" (cfr. art. 37 Regolamento Contabilità Generale dello Stato).

La legge prevede quindi che la vendita di beni (contratto c.d. attivo della Pubblica amministrazione, in quanto comporta un'entrata) venga effettuata tramite la procedura trasparente ed imparziale del pubblico incanto.

Pertanto, anche la vendita di beni immobili della Vecchia Struttura, per i quali nel frattempo sarà mutata la destinazione urbanistica, in quanto dimessi e non più parte del patrimonio indisponibile, dovrebbe avvenire con procedure concorrenziali finalizzate a garantire la migliore valorizzazione degli stessi.

Tele opzione tuttavia, se da un lato consente di cedere, subito dopo il mutamento della destinazione urbanistica, gli immobili della Vecchia Struttura non consente all'amministrazione di trarre i medesimi introiti che potranno essere percepiti a seguito della riqualificazione immobiliare, nell'ipotesi di cui al paragrafo successivo sub IX, c), i) Inoltre, ed in ogni caso, si presenta come decisamente meno vantaggiosa dal punto di vista fiscale rispetto all'ipotesi del fondo immobiliare ad apporto pubblico di cui al successivo paragrafo.

6.2 Apporto delle aree ad un fondo immobiliare ad apporto pubblico

Al fine di dismettere la Vecchia Struttura ed al contempo valorizzarla, una alternativa consiste nell'apporto degli immobili parte della Vecchia Struttura detenuta dall'Azienda Ospedaliera (di seguito l'"**Apportante**") a dei fondi comuni di investimento immobiliare di tipo chiuso ad apporto pubblico (disciplinati dall'art. 14 *bis* della Legge 25 gennaio 1994 n. 86) che saranno istituiti per ogni fase di realizzazione del Progetto (ciascuno, di seguito, il "**Fondo**" ovvero il "**Fondo ad Apporto Pubblico**").

Più precisamente, tale soluzione consentirebbe all'Azienda Ospedaliera di apportare i beni immobili e/o diritti reali immobiliari vantati sugli immobili parte della Vecchia Struttura a dei fondi comune di investimento che dovranno essere istituiti da una società di gestione del risparmio (di seguito la "**SGR**"). La SGR, si ricorda, è un soggetto autorizzato dalla Banca d'Italia all'esercizio del servizio di gestione collettiva del risparmio, iscritto all'albo delle SGR, *ex art.* 35 Decreto Legislativo 24 febbraio 1998 n. 58 (di seguito il "**TUF**") ed infine sottoposto ad una vigilanza prudenziale continuativa da parte della Banca d'Italia e della Consob. Mediante tale apporto si otterrebbe una valorizzazione del patrimonio immobiliare, un accrescimento del valore delle quote emesse a fronte dell'apporto stesso, con notevoli benefici derivanti dalla ripartizione tra i partecipanti del risultato netto derivante dallo smobilizzo del patrimonio stesso.

Stante la veste giuridica che caratterizza lo strumento del fondo comune di investimento nonché le specifiche caratteristiche che la vigente normativa, quale il Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 24 maggio 1999 n. 228 e la citata Legge 25 gennaio 1994 n. 86, attribuisce al fondo costituito mediante apporto pubblico di immobili, la dismissione della Vecchia Struttura e l'apporto al Fondo richiederà gli adempimenti di seguito enucleati.

a) *Selezione della SGR ed istituzione del Fondo ad Apporto Pubblico*

In via preliminare occorre premettere che, ai sensi delle citate fonti legislative e regolamentari, il Fondo deve essere istituito da un'apposita SGR che dovrà essere individuata dall'Azienda Ospedaliera con procedura ad evidenza pubblica. Nello specifico, l'organo con funzioni di gestione della SGR dovrà, con apposita delibera, istituire il Fondo ed approvarne il regolamento di gestione.

La SGR così individuata dovrà provvedere ad ogni adempimento regolamentare richiesto dalla normativa di vigilanza vigente per l'istituzione del Fondo, in particolare la SGR curerà ogni rapporto e compierà ogni atto necessario per ottenere in congrui tempi l'approvazione da parte della Banca d'Italia del regolamento di gestione del Fondo, essenziale per avviare l'operatività dello stesso.

In particolare si segnala che la SGR non dovrà essere controllata neanche indirettamente, ai sensi dell'articolo 2359 cod. civ, dall'Apportante. Pertanto, laddove l'Azienda Ospedaliera intendesse acquisire una partecipazione al capitale sociale della SGR, occorrerà selezionare, con procedura ad evidenza pubblica, i soci privati che dovranno essere necessariamente di controllo.

b) *Apporto di immobili ed emissione di quote rappresentative della partecipazione al Fondo*

Successivamente all'istituzione del Fondo e all'approvazione da parte della Banca d'Italia del regolamento di gestione, come richiesto ai sensi del TUF e del Provvedimento della Banca d'Italia del 14 aprile 2005, sarà possibile procedere con il conferimento degli immobili

detenuti dall'Azienda Ospedaliera per i quali nel frattempo sarà mutata la destinazione urbanistica.

Più precisamente, entro un anno dall'istituzione del Fondo, occorrerà procedere all'apporto degli immobili e/o dei diritti reali vantati sugli immobili stessi per una percentuale non inferiore al 51% del valore complessivo del patrimonio del Fondo.

A fronte di tali conferimenti l'Apportante sottoscriverà un numero di quote del Fondo corrispondente al valore degli *assets* apportati e riceverà in controvalore il certificato rappresentativo delle quote sottoscritte.

Ai fini di una congrua valutazione del valore degli *assets* apportati e del corrispondente valore delle quote emesse in sede di sottoscrizione, il Fondo contestualmente all'apporto dovrà:

- i) acquisire un'apposita relazione di stima elaborata, in data non anteriore a trenta giorni dalla stipula dell'atto, da esperti indipendenti. Il valore attestato dalla relazione di stima non deve essere inferiore al valore delle quote emesse a fronte del conferimento;
- ii) acquisire la valutazione di un intermediario finanziario incaricato di accertare la compatibilità e la redditività dei conferimenti rispetto alla politica di gestione in relazione all'attività di sollecitazione all'investimento svolta dal Fondo medesimo. Detta valutazione può essere predisposta dal soggetto incaricato della stima *sub i)* nel caso in cui questi possieda i necessari requisiti professionali.

Tali adempimenti sono dettati specificamente dal Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 24 maggio 1999 n. 228 all'articolo 12 *bis*.

A fronte dell'apporto e successivamente alle valutazioni e stime di cui sopra, saranno sottoscritte ed emesse le quote rappresentative della partecipazione al Fondo dell'Apportante. A tal riguardo si segnala che, come richiesto dalla Legge 24 gennaio 1994 n. 86, art. 14 *bis*, entro 12 mesi dall'ultimo apporto almeno il 60% delle quote del Fondo dovrà essere collocato presso investitori privati diversi dall'Apportante. Pertanto, a tal fine, sarà possibile prevedere all'interno del regolamento di gestione la possibilità di emettere differenti categorie di quote che siano anche rappresentative di differenti diritti. L'Azienda Ospedaliera potrebbe ad esempio sottoscrivere quote di categoria diversa da quelle sottoscritte dagli investitori privati a fronte dell'apporto in denaro da parte di questi ultimi.

c) *Uscita dal Fondo e liquidazione delle quote*

Successivamente all'istituzione del Fondo e all'apporto degli *assets*, si possono prospettare due differenti opzioni di uscita dal Fondo e di liquidazione, con procedura trasparente e concorrenziale tesa a garantire la massimizzazione del profitto, delle quote sottoscritte dall'Azienda Ospedaliera:

- i) uscita al termine di durata del Fondo: tale opzione consente all'Azienda Ospedaliera di ottenere maggiori introiti derivanti dal fatto che, al termine della durata del Fondo, il valore iniziale delle quote sottoscritte si sarà apprezzato per effetto della valorizzazione del patrimonio investito, salvo i rischi tipici dell'investimento. Tuttavia si segnala che, laddove l'Azienda Ospedaliera scegliesse tale opzione, la stessa non potrà beneficiare della rivalutazione del 100% delle quote sottoscritte, in considerazione del fatto che entro 12 mesi dall'ultimo apporto il 60% delle quote dovrà essere sottoscritto/ceduto ad investitori privati diversi dall'Apportante (*v. supra sub. b)*);

- ii) uscita anticipata: tale opzione consente all'Azienda Ospedaliera di cedere subito il 100% delle quote emesse a fronte degli apporti, senza dover attendere il termine di durata del Fondo e la liquidazione finale. Pertanto, se tale opzione presenta il vantaggio di permettere all'Azienda Ospedaliera di monetizzare in brevi tempi l'investimento effettuato, senza dover attendere la ripartizione finale dell'attivo, d'altro canto gli introiti che saranno percepiti saranno di minore entità posto che non si gioverà dei benefici derivanti dalla riqualificazione immobiliare, a differenza invece dello scenario che si prospetta *sub i*).

6.3 Aspetti fiscali relativi all'intera procedura di valorizzazione della Vecchia Struttura

Di seguito verranno analizzati i principali aspetti fiscali ai fini delle imposte dirette (i.e. IRES-IRAP) e delle imposte indirette (i.e. IVA, imposta di registro, imposte ipotecarie e catastali) connessi alle due seguenti opzioni concernenti la dismissione/valorizzazione degli immobili e/o diritti reali immobiliari relativi alla cd. Vecchia Struttura detenuta dall'Azienda Ospedaliera:

- (i) vendita diretta degli immobili e/o diritti reali immobiliari quali, ad esempio, fabbricati ed aree (di seguito, gli "Immobili") da parte dell'Azienda Ospedaliera;
- (ii) apporto degli Immobili di cui al punto precedente ad uno o più fondi immobiliari ad apporto pubblico disciplinati dall'art. 14 *bis* della Legge 25 gennaio 1994 n. 86, ed eventuale successiva cessione delle quote dei fondi medesimi da parte dell'Azienda Ospedaliera.

Si fa presente che dalla seguente indagine resteranno esclusi gli aspetti fiscali (ai fini delle imposte dirette ed indirette) propri dei fondi immobiliari e delle società di gestione del risparmio (i.e. SGR).

6.3.1 Vendita diretta degli immobili relativi alla Vecchia Struttura

Preliminarmente occorre precisare che l'attività istituzionale esercitata dall'Azienda Ospedaliera, ai fini fiscali, è espressamente qualificata come avente natura non commerciale. Infatti, ai sensi dell'art. 74, comma 2, lett. b) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 (di seguito, "TUIR"), non costituisce attività commerciale *"l'esercizio di attività previdenziali, assistenziali e sanitarie da parte di enti pubblici istituiti esclusivamente a tal fine, comprese le aziende sa unitarie locali"*.

Al riguardo si fa presente che l'analisi degli aspetti fiscali illustrata di seguito si basa sull'assunto che la cessione degli immobili relativi alla cd. Vecchia struttura sia effettuata nell'esercizio dell'attività istituzionale (avente natura non commerciale) svolta dall'Azienda Ospedaliera e, quindi, non possa essere qualificata come una gestione del patrimonio immobiliare effettuata mediante operazioni aventi natura speculativa. In tal caso, infatti, occorrerebbe accertare che non si sia verificato in capo all'Azienda Ospedaliera il presupposto dello svolgimento di un'attività commerciale che modificherebbe le conclusioni ai fini fiscali che andiamo ad illustrare nel prosieguo.

a) Aspetti IRES

Gli enti che esercitano una delle attività non commerciali previste dal succitato art. 74 del TUIR vanno annoverati tra gli enti non commerciali di cui all'art. 73, comma 1, lett. c) del TUIR, il quale elenca le società ed enti considerati soggetti passivi ai fini dell'imposta sul reddito delle società (di seguito, "IRES").

Con riferimento alle regole di determinazione del reddito tipiche degli enti non commerciali, la circolare n. 244/E del 28 dicembre 1999 ha precisato che *"la decommercializzazione operata dal citato art. 88 (ora art. 74, n.d.a.), comma 2, del T.U.I.R., nell'escludere la riconducibilità delle menzionate attività istituzionali alla categoria del reddito d'impresa, non sottrae ad imposizione indistintamente tutti i redditi comunque connessi all'esercizio delle attività medesime. E' da ritenere, infatti, che l'attività decommercializzata debba essere equiparata a quella istituzionale, che caratterizza gli enti non commerciali ai sensi dell'art. 87 (ora art. 73, n.d.a.), comma 4, del T.U.I.R., e, in quanto tale, riconsiderata per gli aspetti che possono dar luogo a redditi inquadrabili in una delle altre categorie indicate nel citato art. 108 (ora art. 143, n.d.a.)"*.

Pertanto, alla luce della normativa vigente e dei chiarimenti ministeriali intervenuti, è possibile affermare che l'Azienda Ospedaliera nell'esercizio delle proprie attività istituzionali realizza un reddito complessivo soggetto ad IRES composto da redditi fondiari, di capitale, di impresa (ove sia svolta a latere dell'attività istituzionale anche un'attività avente natura commerciale) e diversi.

Di conseguenza, nel caso in cui l'Azienda Ospedaliera dovesse procedere alla vendita immediata e diretta degli Immobili²⁷, ai sensi dell'art. 67, comma 1, lett. b) del TUIR²⁸:

- la cessione di aree edificabili genera una plusvalenza tassabile ai fini IRES pari alla differenza tra il corrispettivo percepito e il prezzo di acquisto;
- la cessione dei fabbricati e aree non edificabili (acquisiti da più di 5 anni) non generano plusvalenze rilevanti ai fini IRES.

b) Aspetti IRAP

Per quanto riguarda l'IRAP, per gli enti pubblici non commerciali (ivi incluse le Aziende Ospedaliere)²⁹ la base imponibile è determinata, ai sensi dell'art. 10-*bis* del D.Lgs n. 446 del 1997, in un importo pari all'ammontare delle retribuzioni, dei redditi assimilati a quello di lavoro dipendente e dei compensi erogati per collaborazioni coordinate e continuative.

Pertanto, l'eventuale plusvalenza generata dalla cessione degli Immobili non influisce in alcun modo sulla determinazione della base imponibile IRAP dell'Azienda Ospedaliera.

c) Aspetti IVA

Le predette cessioni di immobili effettuate dall'Azienda Ospedaliera non sono soggette ad IVA per mancanza del requisito soggettivo richiesto dall'art. 4 del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633.

Sull'argomento si è più volte espressa la stessa Amministrazione finanziaria la quale, ad esempio, ha precisato³⁰ che non sono soggette ad IVA, per mancanza del requisito soggettivo, le cessioni di aree

²⁷ In mancanza di informazioni di dettaglio relative agli Immobili oggetto di cessione, assumiamo che gli stessi comprendano fabbricati e aree (edificabili e non) i quali sono stati acquistati dall'Azienda Ospedaliera da più di cinque anni.

²⁸ L'art. 67, comma 1, lett. b) del TUIR stabilisce che *"Sono redditi diversi [...] le plusvalenze realizzate mediante cessione a titolo oneroso di beni immobili acquistati o costruiti da non più di cinque anni, esclusi quelli acquisiti per successione e le unità immobiliari urbane per la maggior parte del periodo intercorso tra l'acquisto o la costruzione e la cessione sono state adibite ad abitazione principale del cedente o dei suoi familiari, nonché, in ogni caso, le plusvalenze realizzate a seguito di cessione a titolo oneroso di terreni suscettibili di utilizzazione edificatoria secondo gli strumenti urbanistici vigenti al momento della cessione [...]"*.

²⁹ Tali enti sono classificabili nell'art. 3, comma 1, lett. e-*bis*) del D.Lgs n. 446 del 1997.

³⁰ Si veda la Risoluzione n. 135/E del 25 settembre 2001.

edificabili effettuate da una A.S.L., nei confronti di soggetti privati, in quanto costituenti atti qualificabili come di mero smobilizzo del proprio patrimonio immobiliare - non più utilizzabile per lo svolgimento delle sua attività istituzionali - non qualificabile come attività commerciale ai fini IVA³¹.

Inoltre, l'Amministrazione Finanziaria ha ritenuto non soggette ad IVA le cessioni a titolo oneroso, di immobili acquisiti per donazione o per lascito e adibiti sia a destinazione abitativa che istituzionale effettuate da un'Azienda Ospedaliera³².

Le considerazioni fatte proprie dall'Amministrazione Finanziaria si basano sulla natura non commerciale dell'attività istituzionale degli enti in questione e sul fatto che le cessioni degli immobili costituiscono mero smobilizzo del patrimonio immobiliare e non configurano l'esercizio di un'attività commerciale.

d) Imposta di registro ed imposte ipotecarie e catastali

Stante il regime cd. di alternatività tra IVA ed imposta di registro previsto dall'art. 40 del DPR n. 131 del 1986, le cessioni degli Immobili effettuate dall'Azienda Ospedaliera saranno soggette all'imposta di registro in misura proporzionale prevista dalla Tariffa Parte I allegata al predetto decreto.

In particolare, l'aliquota applicabile prevista dalle predette norme sarà differente a seconda degli immobili oggetto di cessione. Al proposito si segnalano le seguenti aliquote che potrebbero applicarsi al caso di specie:

- trasferimento di proprietà di beni immobili incluse le aree edificabili: 8%;
- atti traslativi di fabbricati e relative pertinenze: 7%;
- trasferimenti di beni immobili situati in aree soggette a piani urbanistici particolareggiati: 1%.

In base alle disposizioni del D.Lgs n. 347 del 1990, le imposte ipotecarie e catastali saranno applicate in misura proporzionale secondo le seguenti aliquote:

- Imposta ipotecaria: 2%;
- Imposta catastale: 1%.

6.3.2 Apporto degli Immobili ad un fondo immobiliare ad apporto pubblico ("Fondo") e successiva cessione delle quote

In tale sede saranno esaminati gli aspetti fiscali, ai fini delle imposte dirette e indirette, relativi:

- (i) all'apporto degli Immobili da parte dell'Azienda Ospedaliera al Fondo;
- (ii) all'uscita dal Fondo da parte dell'Azienda Ospedaliera (i.e. cessione delle quote oppure liquidazione delle stesse al termine della durata del fondo).

³¹ La risoluzione citata prosegue precisando che "diverso sarebbe stato il caso di un patrimonio immobiliare gestito con una organizzazione di mezzi e risorse volta all'ottenimento del massimo risultato economico, risultato derivante sia da rendite sia da plusvalenze prodotte da operazioni di natura speculativa di acquisto di terreni per la successiva rivendita; tale attività, infatti, si sarebbe configurata come attività commerciale di cui all'art. 2195, primo comma, del c.c. e quindi, regolarmente assoggettata ad IVA in base all'articolo 4, quarto comma, del D.P.R. n. 633 del 1972";

³² La risoluzione ministeriale n. 86/E del 13 marzo 2002 ha precisato che "le cessioni di cui trattasi (ossia, le cessioni di immobili sia a destinazione abitativa sia istituzionale, n.d.a.) se relative ad immobili acquisiti per donazioni o lasciti oppure utilizzati in passato nell'ambito di attività istituzionali non commerciali, ed attualmente non utilizzabili dalla struttura aziendale, costituiscono lo smobilizzo di un patrimonio immobiliare e non l'esercizio d'impresa quindi non rientrano nel campo d'imposizione dell'IVA".

Al proposito, si deve segnalare che - considerata, in particolare, la natura e le finalità specifiche del Fondo istituito ai sensi dell'art. 14-bis citato ed il ruolo passivo svolto dall'Azienda Ospedaliera nella gestione dell'investimento nel Fondo - i commenti di seguito riportati si basano sull'assunzione che l'attività di apporto ad un fondo pubblico e successiva cessione delle quote effettuata dall'Azienda sia da qualificare, alla luce anche dei chiarimenti ministeriali in materia, come avente natura non commerciale.

6.3.2.1 Apporto degli Immobili al Fondo

a) Aspetti IRES e IRAP

Per quanto riguarda gli aspetti relativi alle imposte dirette (i.e. IRES e IRAP) connessi all'apporto degli Immobili al Fondo, il comma 10 del suddetto articolo 14-bis stabilisce che "gli apporti al fondo istituiti a norma del comma 1 (i.e. fondo ad apporto pubblico, n.d.a.) non danno luogo a redditi ovvero a perdite deducibili per l'apportante al momento dell'apporto. Le quote ricevute in cambio dell'immobile o del diritto oggetto di apporto mantengono, ai fini delle imposte sui redditi, il medesimo valore fiscalmente riconosciuto anteriormente all'apporto".

Pertanto, l'apporto degli Immobili al Fondo da parte dell'Azienda Ospedaliera non genera plusvalenze e/o minusvalenze rilevanti ai fini fiscali.

Tuttavia, sarà necessario individuare il valore fiscalmente riconosciuto degli Immobili alla data dell'apporto dal momento che le quote assegnate all'Azienda Ospedaliera assumeranno lo stesso valore fiscale degli Immobili apportati e, di conseguenza, tale valore rileverà ai fini della determinazione della plus/minusvalenza realizzata in occasione della successiva cessione o liquidazione delle medesime quote.

b) Aspetti IVA

La normativa fiscale relativa ai fondi immobiliari non prevede alcuna disciplina specifica ai fini IVA nel caso di apporto al fondo. Pertanto, questi ultimi sono soggetti alla normativa IVA ordinariamente applicabile in capo all'apportante. Conseguentemente, l'applicazione o meno dell'IVA dipenderà, primariamente, dalla natura del soggetto apportante³³.

Nel caso di specie, come abbiamo già avuto modo di affermare, l'Azienda Ospedaliera, nello svolgimento delle proprie attività istituzionali, riveste la qualifica di ente non commerciale e come tale è un soggetto escluso dal campo di applicazione dell'IVA e, di conseguenza, gli apporti degli Immobili al Fondo effettuati dall'Azienda Ospedaliera non saranno soggetti all'IVA.

c) Imposta di registro e ipocatastali

Ai fini delle imposte di registro, ipotecaria e catastale, il comma 11 del suddetto articolo 14-bis stabilisce che "per l'insieme degli apporti di cui al comma 1 e delle eventuali successive retrocessioni di cui al comma 9 (liquidazione del fondo per mancato raggiungimento dell'obiettivo minimo di collocamento, n.d.a.), è dovuto in luogo delle ordinarie imposte di registro, ipotecaria e catastale e dell'imposta comunale sull'incremento di valore degli immobili, un'imposta sostitutiva di lire 1 milione (pari ad Euro 516,46 n.d.a.) che è liquidata dall'ufficio del registro a seguito di denuncia del

³³ In particolare, si veda il paragrafo n. 5.6 della Circolare n. 47/E dell'8 agosto 2003.

primo apporto in natura e che deve essere presentata dalla società di gestione entro sei mesi dalla data in cui l'apporto stesso è stato effettuato".

Di conseguenza, l'apporto degli Immobili al Fondo da parte dell'Azienda Ospedaliera sosterà un'imposta sostitutiva dell'imposta di registro e delle imposte cd. ipocatastali pari ad Euro 516,46.

6.3.2.2 Uscita dal Fondo

A seguito dell'assegnazione delle quote, l'Azienda Ospedaliera potrà realizzare il proprio investimento secondo le seguenti ipotesi alternative:

- a) uscita al termine della durata del Fondo; oppure
- b) uscita anticipata mediante la cessione di tutte le quote.

Di seguito si prospettano le diverse implicazioni fiscali connesse alle due opzioni.

a) Uscita al termine della durata del Fondo

In tal caso è presumibile ritenere che l'Azienda Ospedaliera otterrà maggiori introiti in quanto, al termine di durata del Fondo, le quote si saranno apprezzate per via della valorizzazione del patrimonio immobiliare investito.

Imposte dirette

Ai fini delle imposte dirette (i.e. IRES e IRAP) l'eventuale plusvalenza realizzata al momento della liquidazione del Fondo sarà soggetta a tassazione, in virtù dell'art. 7, comma 1, del D.L. n. 351 del 2001, mediante l'applicazione di una ritenuta a titolo di imposta del 20% calcolata sulla differenza tra il valore di liquidazione delle quote ed il costo di sottoscrizione delle stesse (pari all'ultimo valore fiscalmente riconosciuto degli Immobili apportati).

L'aliquota della ritenuta è stata elevata al 20% dal D.L. n. 112 del 2008 ed è operata nei confronti di tutti i proventi distribuiti in costanza di partecipazione a qualsiasi tipologia di fondo immobiliare ovvero in occasione del riscatto o liquidazione delle quote.

IVA

Tale operazione è irrilevante ai fini Iva.

Imposta di registro

Ai sensi del combinato disposto dell'art. 9, comma 1, del DL n. 351 del 2001 e dell'art. 7 della Tabella allegata al DPR n. 131 del 1986, la liquidazione della quota del fondo immobiliare non è soggetta a registrazione; tuttavia, in caso di registrazione volontaria trova applicazione l'imposta fissa di registro (i.e. Euro 168) di cui all'art. 7 del DPR n. 131 del 1986.

b) Cessione delle quote

In tale circostanza l'Azienda Ospedaliera monetizza immediatamente l'investimento effettuato senza dover attendere la ripartizione dell'attivo. Tuttavia, gli introiti percepiti saranno, presumibilmente, di minore entità dato che non sarà ancora avvenuta la valorizzazione degli Immobili.

Imposte dirette

Preliminarmente rileviamo che i redditi derivanti dalla negoziazione di quote di fondi di investimento immobiliare rientrano tra i redditi diversi di cui all'art. 67, comma 1, lett. c)-ter³⁴.

Tali redditi, ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs n. 461 del 1997, sono soggetti ad una ritenuta a titolo di imposta del 12,50% applicata sulla differenza tra il corrispettivo percepito ed il costo o valore di acquisto (pari all'ultimo valore fiscalmente riconosciuto degli Immobili apportati), aumentato di ogni onere inerente alla sua produzione.

Nel caso di specie l'Azienda Ospedaliera, in quanto ente non commerciale, assumerà le quote del Fondo al di fuori dell'esercizio di un'impresa commerciale e, pertanto, la cessione delle stesse sarà soggetta all'imposta sostitutiva del 12,50%.

IVA

Tale operazione è esclusa ai fini Iva per mancanza del requisito soggettivo.

Imposta di registro

Ai sensi dell'art. 11 della Tariffa Parte I del DPR n. 131 del 1986, le cessioni di quote del Fondo dovrebbero essere soggette ad imposta di registro in misura fissa (i.e. Euro 168), in caso di registrazione volontaria. Ciò in quanto, sebbene non espressamente menzionate dalla citata norma, deve ritenersi applicabile anche alla cessione di quote di fondi il medesimo trattamento previsto ai fini dell'imposta di registro per le negoziazioni di azioni, quote ed altri titoli di serie o di massa.

Trattamento fiscale in capo ai cessionari delle quote del fondo (brevi cenni)

Con riferimento al trattamento fiscale applicabile ai proventi percepiti dai potenziali cessionari delle quote del Fondo si segnala che, ai sensi dell'art. 7 del D.L. n. 351 del 2001 - come modificato dal D.L. n. 112 del 2008 - i proventi distribuiti in costanza di partecipazione al fondo nonché i proventi realizzati in occasione del riscatto o liquidazione delle quote, sono soggetti ad una ritenuta del 20%.

Si ricorda che la ritenuta è applicata a titolo di acconto nei confronti di imprenditori individuali (se le quote sono relative all'impresa commerciale), società in nome collettivo, società in accomandita semplice ed equiparate, società di capitali ed enti commerciali residenti, stabili organizzazioni delle società ed enti non residenti. Diversamente, la ritenuta sarà applicata a titolo di imposta in tutti gli altri casi (e.g. persone fisiche non imprenditori).

³⁴ Circolare 38/E del 5 agosto 2004, paragrafo 5.

Nuovo Polo di Padova

ALLEGATO A

***ANALISI COMPARATIVA
DELLE ESPERIENZE E DELLE SOLUZIONI ORGANIZZATIVE
IN MATERIA DI NUOVE STRUTTURE OSPEDALIERE
NEL PANORAMA EUROPEO ED INTERNAZIONALE***

**ANALISI COMPARATIVA
DELLE ESPERIENZE E DELLE SOLUZIONI ORGANIZZATIVE
IN MATERIA DI NUOVE STRUTTURE OSPEDALIERE
NEL PANORAMA EUROPEO ED INTERNAZIONALE**

Premessa

Il futuro degli ospedali è un tema che negli ultimi anni è stato oggetto di un esteso dibattito internazionale in ragione dei cambiamenti che le proposte di riforma dei sistemi di salute stanno imponendo in particolare nei paesi industrializzati.

L'influenza è tuttavia reciproca. Se infatti da un lato la riorganizzazione e l'ammodernamento dei sistemi sanitari influenza la gestione ed organizzazione degli ospedali, dall'altro la politica ospedaliera comporta necessariamente una visione non limitata all'ospedale come struttura edilizia ma rende necessario considerare il sistema sanitario nel suo complesso. Conseguentemente occorre tenere in conto tutti quei fattori che nel loro insieme determinano le esigenze e le priorità che i sistemi sanitari devono affrontare ed il ruolo che nel loro ambito viene affidato alle strutture ospedaliere. Oltre alle tematiche specifiche indotte dalla progettazione e realizzazione di una nuova struttura (soluzioni urbanistiche, proposte architettoniche ed organizzazione degli spazi interni, ecc.) occorre quindi prendere in considerazione gli indirizzi di politica sanitaria, le modalità di finanziamento della salute pubblica, le innovazioni scientifiche e tecnologiche nonché l'evoluzione demografica ed epidemiologica.

La sfida dell'ospedale del futuro non può prescindere dal sistema sanitario nel quale va a collocarsi ed i cui obiettivi e bisogni i nuovi ospedali devono soddisfare.

In questa prospettiva i dati che emergono da un'analisi comparativa a livello europeo ed internazionale confermano che nonostante i continui avanzamenti nel settore sanitario e i progressi della medicina specialistica, sono necessarie nuove soluzioni per far fronte in particolare a tre ordini di problemi: i costi crescenti delle prestazioni, l'invecchiamento della popolazione ed i bisogni individuali dei pazienti.

Ciò è particolarmente evidente in tutti i 27 Stati dell'UE. Ancorché in questi paesi lo sviluppo di sistemi di protezione sociale che si prefiggono l'obiettivo di garantire a tutti l'accesso ad un'assistenza di qualità abbiano contribuito a migliorare notevolmente lo stato di salute della popolazione, si osserva come le innovazioni tecnologiche e terapeutiche, il miglioramento del benessere e dell'informazione ai pazienti nonché il cambiamento demografico sollevino questioni nuove e comuni in merito alla capacità dei sistemi nazionali di assicurare accessibilità e qualità e di garantire la loro sostenibilità finanziaria a lungo termine.

A tali problematiche vanno poi aggiunte l'invecchiamento nelle professioni sanitarie nonché la questione dell'interazione crescente dei sistemi assistenziali che i Governi nazionali tendono ancora a concepire come politica interna, laddove invece l'assistenza sanitaria è stata chiaramente qualificata dalla Corte di Giustizia UE come prestazione di servizi cosicché i pazienti, in quanto destinatari di un servizio, devono poter beneficiare della libera circolazione che il mercato unico garantisce loro.

Si tratta quindi di problematiche ed aspetti comuni a tutti i sistemi sanitari europei che evidenziano criticità quali le disuguaglianze e le difficoltà di accesso che persistono nonostante l'universalità garantita in linea di massima dagli stessi, l'offerta di servizi di qualità talvolta insufficiente rispetto alle esigenze della popolazione, cui si aggiungono – in maniera abbastanza diffusa in tutta l'UE - periodi di attesa eccessivi e squilibri finanziari.

Sistemi ospedalieri e ragioni del cambiamento

Questi fenomeni concomitanti che incidono sia sulla gestione ed organizzazione sanitaria sia, più in generale, sulla salute dei cittadini, hanno delle ricadute anche sulla funzione e sull'organizzazione

ospedaliera evidenziandone i limiti nel rispondere alle esigenze attuali e future, in primo luogo sotto il profilo della sostenibilità.

In effetti, il ruolo degli ospedali come attori del sistema sanitario dovrebbe essere quello di contribuire al miglioramento della salute e alla riduzione delle ineguaglianze laddove, invece, il loro impatto complessivo nella realtà attuale appare essere piuttosto limitato. Inoltre gli ospedali dovrebbero poter fornire un alto livello di sostegno nella gestione di situazioni critiche ma i risultati generalmente ottenuti (si pensi ad esempio alla crisi dovuta all'ondata di calore dell'estate 2003) si potrebbero migliorare specialmente se si puntasse maggiormente sulle nuove tecnologie – in primo luogo sull'ICT - e sull'*expertise* e cercando di trarre dalle risorse il massimo beneficio al fine di fornire servizi efficienti ed efficaci.

Tuttavia, fare un'analisi dettagliata del complesso dei fattori e delle problematiche che influenzano la funzione ospedaliera non è lo scopo del presente lavoro che mira piuttosto a mettere in evidenza - sulla scorta del *benchmarking* eseguito a livello internazionale e dell'UE in particolare – quali siano i principali aspetti critici che emergono nella concezione e nella realizzazione delle nuove strutture ospedaliere.

ORIENTAMENTI PER LO STUDIO DI SOLUZIONI ED ESPERIENZE OSPEDALIERE DI ECCELLENZA IN EUROPA

Partendo dalle considerazioni esposte sopra ed emerse dalla letteratura sull'argomento (cfr. la bibliografia riportata in fine al presente lavoro) nelle schede che seguono sono state analizzate una serie di soluzioni ed esperienze ospedaliere europee ed internazionali che meglio sembrano rispondere ai bisogni ed agli obiettivi del progetto di ospedale del futuro e di edilizia ospedaliera pensati dalla Regione Veneto.

In concreto il lavoro è stato diviso in due parti. Nella prima sezione sono riportati i maggiori casi di studio analizzati nel corso della ricerca¹, accompagnati da una sintetica descrizione delle loro caratteristiche ed eventualmente da un sintetico giudizio di valore.

La seconda sezione, invece, contiene sette schede analitiche relative ad altrettanti casi di studio. Le ragioni del loro inserimento in questa seconda sezione sono riconducibili a due criteri.

Da un lato si tratta di strutture ospedaliere che si caratterizzano per la loro integrazione con il territorio, accessibilità e flessibilità secondo la visione più avanzata sopra descritta e che, come nel caso dei due esempi spagnoli, rispecchiano un'organizzazione basata su un sistema sanitario nazionale analogo a quello italiano.

Dall'altro – è il caso in particolare dell'ospedale di Aachen e dei due ospedali francesi – si tratta di strutture più tradizionali, "isolate" rispetto al contesto territoriale ma che presentano un elevato livello di efficienza ed organizzazione interna.

Da ultimo, il caso dell'ospedale "Charité" di Berlino, è stato riportato per l'alto livello di eccellenza scientifica e di ricerca sanitaria che si è saputo associare alla pratica clinica svolta all'interno di una struttura ospedaliera risalente, nel suo complesso originario, al 1700.

¹ Si ritiene opportuno ricordare che la lista riportata non ha alcuna pretesa di completezza e non può dirsi esaustiva potendosi individuare altri esempi ed esperienze ospedaliere di valore che non sono state riportate solo per i limiti oggettivi che erano stati dati al presente lavoro.

- Visiting tour – Tappe suggerite

1. Ospedale di Aachen – Germania - Scheda allegata N. 1
2. Ospedale ALCORCON, Madrid – Spagna - Scheda allegata N. 2
3. Ospedale di Mataró, Catalonia – Spagna - Scheda allegata N. 3
4. Ospedale Rikshospitalet, Oslo – Norvegia - Scheda allegata N. 4
5. Ospedale Charité, Berlino – Germania - Scheda allegata N. 5
6. Centres Hospitaliers G. Pompidou, Parigi – Francia - Scheda allegata N.6
7. Centres Hospitaliers Universitaires, Strasburgo - Francia Scheda allegata N.7

RIEPILOGO DELLE ESPERIENZE ED APPLICAZIONI SELEZIONATE

<u>EUROPA</u>				
Nr.	Ospedale	Location	Caratteristiche ospedale	Note
1	<i>University Hospital Birmingham</i>	Birmingham, UK	L'ospedale al momento non esiste ancora. Tuttavia da 12 anni lo University Hospital Birmingham Foundation Trust gestisce due ospedali in maniera unitaria. http://www2.uhb.nhs.uk/Homepage.aspx	E' solo un progetto, non esiste ancora
2	<i>Coventry and Warwickshire Hospitals</i>	Coventry, UK	L'ospedale è di nuova edificazione e comprende il policlinico universitario, un centro di scienze cliniche ed un centro congressuale. Situato in posizione periferica, serve un bacino d'utenze di circa 1 milione di abitanti. Conta 1250 posti letto e 27 sale operatorie. Comprende la maggior parte delle discipline cliniche ed in particolare è un punto di riferimento regionale per le neuroscienze, la fecondazione assistita, la cardiologia, nefrologia e trapianto renale, oncologia e radioterapia, cure neonatali intensive. http://www.uhcw.nhs.uk/	Esistono gravi problemi finanziari. Nel 2006 risultano £1,3 mln di debito di cui £768.000 imputabili ad eccedenze di spese nelle divisioni cliniche
3	<i>Barts Hospital</i>	London, UK	Il Trust che gestisce l'ospedale è costituito dai seguenti ospedali universitari: 1)The Royal London Hospital in Whitechapel; 2)St Bartholomew's Hospital (Barts) in the City of London; 3)The London Chest Hospital in Bethnal Green. Entro il 2015 saranno completate le fasi di rinnovamento di tutto il gruppo. Fornisce cure a più di 500.000 pazienti all'anno. http://www.bartsandthelondon.org.uk/	Il "Barts" si trova in vetta alla classifica dei migliori ospedali di insegnamento (<i>teaching hospitals</i>) del NHS, per qualità dei servizi forniti
4	<i>University College London Hospital</i>	London, UK	E' stato aperto nel 2005 e consiste in un raggruppamento di 7 strutture ospedaliere dislocate al centro di Londra. Offre servizi per la popolazione del bacino della Greater London. In totale, tra le sette strutture, l'ospedale conta 2000 posti letto e 12 sale operatorie. E'uno dei più grandi centri europei per la ricerca biomedica. www.uclh.org/	Nuova struttura ma con gravi problemi finanziari. E' considerato troppo grande. Vi sono ipotesi di vendita di alcuni padiglioni
5	<i>Leeds Teaching Hospitals</i>	Leeds, UK	In questo complesso l' NHS dispone di diverse strutture ospedaliere tra cui: 1) St. James University Hospital: (997 posti letto) struttura di riferimento per tutto lo Yorkshire; tra le discipline specialistiche per cui è rinomato vi sono l'unità neonatale, il dipartimento per malattie infettive, l'unità pediatrica oncologica, chirurgia della mano, servizio clinico per la genetica, unità regionale trapianti; 2) Leeds General Infirmary: (1103 posti letto) : specializzato in medicina cardiovascolare, pneumologia, chirurgia cerebrale e nefrologia; 3) Chapel Allerton Hospital: (186 posti letto) specializzato nella cura di dolori	Difficoltà finanziarie. Riferite difficoltà di gestione.

			<p>agli arti superiori e inferiori; 4) Wharfedale Hospital (78 posti letto) 5) Cookridge Hospital: specializzato in oncologia e diagnosi oncologica, verrà tra poco sostituito dal nuovo Cancer Centre in via di costruzione; 6) Seacroft Hospital (121 posti letto) Leeds dental Clinic e Leed Chest Clinic</p> <p>www.leedsteachinghospitals.com</p>	
6	Universitair Medisch Centrum Groningen	Groningen, NL	<p>La struttura ospedaliera è tra le più grandi e rinomate dell'Olanda, con 1300 posti letto e una struttura architettonica definita "una città nella città" a causa della sua organizzazione e la presenza di strade, negozi, giardini, una filiale della national bank. Tra le sue specializzazioni: unità trapianto organi, chirurgia neurologica, neonatologia, clinica genetica, fecondazione in vitro, pediatria oncologica, dialisi renale e traumatologia.</p> <p>www.umcg.nl/</p>	
7	Universitätsklinikum Aachen	Aachen, DE	<p>Policlinico universitario, centro di ricerca per ingegneri, fisici e medici, centro congressuale. Localizzato nella periferia della città di Aachen sul confine tra Germania, Belgio e Olanda, dispone di 1510 posti letto e 30 sale operatorie. Tra le discipline specialistiche: psichiatria infantile, medicina palliativa, disordini della comunicazione, ginecologia, endocrinologia e medicina della riproduzione, medicina nucleare, chirurgia plastica maxillofaciale, chirurgia toracica, cardiaca e vascolare. Tra gli istituti di ricerca vi sono quello di Ingegneria Biomedicale, medicina aerospaziale, patologia e statistica medica.</p> <p>www.ukaachen.de/</p>	Cfr. scheda di approfondimento
8	Sahlgrenska University Hospital	Goteborg, SE	<p>Il Sahlgrenska University Hospital fornisce servizi sanitari di base e pronto soccorso per la regione di Goteborg, cioè per un bacino di utenza di circa 700.000 abitanti, ed è un punto di riferimento per i servizi specializzati per tutta l'area Ovest della Svezia (bacino d'utenza di circa 1,7 milioni di abitanti). Tra le discipline specialistiche vi sono: chirurgia cardiaca pediatrica, neonatologia e cure per nati prematuri, endocrinologia pediatrica, unità trapianti, trattamenti per malattie cardiovascolari, immunologia, ricerca in materia di vaccini e di meccanismi di rigetto post trapianto. Fondato nel 1997 dalla fusione di tre ospedali, svolge anche funzione universitaria e di ricerca in collaborazione con l'accademia Sahlgrenska Academy presso la Göteborg University.</p> <p>http://sahlgrenska.se/vgrtemplates/Page_27536.aspx</p>	
9	Orebro University Hospital	Orebro, SE	<p>L'ospedale universitario è un centro medico di riferimento per gran parte della Svezia, data la presenza anche di molto professionisti stranieri. Tra le discipline specialistiche più avanzate: chirurgia della retina, malattie intestinali, diagnostica microbiologica, chirurgia cardiovascolare, oncologia, terapia del dolore, urologia e trattamenti laser avanzati.</p>	

			http://www.orebroll.se/uso/page_2834.aspx	
10	Centre Hospitalier Universitaire Saint Pierre	Bruxelles, BE	<p>Il Centro Ospedaliero Universitario Saint-Pierre è la più antica istituzione pubblica di cura e di insegnamento medico per l'ULB (Université Libre de Bruxelles). E' oggi in via di ricostruzione completa : dispone di 442 letti, di un servizio di pronto soccorso unico per ampiezza in tutta Bruxelles e di un policlinico che assicura 200.000 visite all'anno.</p> <p>Tra le discipline in cui è maggiormente specializzato vi sono dermatologia, psicologia e psichiatria, oftalmologia, stomatologia e otorinolaringoiatria.</p> <p>http://www.stpierre-bru.be/fr/hopital/10000chu.html</p>	Buono il management ma struttura molto vecchia
11	Ospedale Universitario di Bellvitge	Barcelona, SP	<p>L'HUB è un centro ospedaliero e universitario pubblico; detiene tutte le principali discipline mediche eccetto pediatria e ostetricia.</p> <p>E' situato a Llobregat e offre servizi per tutta il distretto sanitario di Costa di Ponente, con un bacino di utenza di circa 1.100.000 abitanti.</p> <p>E' centro di riferimento per la Catalogna per la cura della ludopatia, i trattamenti laser avanzati e radioterapia, unità trapianti.</p> <p>Ha attivato un programma di assistenza domiciliare post trapianto, l'assistenza agli anziani, l'ossigenoterapia e la dialisi continua peritoneale.</p> <p>http://www.csub.scs.es/</p>	
12	AZ Sint Lucas	Gent, BE	<p>AZ Sint Lucas è una moderna struttura nel cuore di Ghent: si sviluppa in due campus - il campus Sint-Lucas e il campus Volkskliniek – su circa un totale di 200mq.</p> <p>Dispone di 833 posti letto e 64 posti per il day hospital.</p> <p>Ogni anno cura circa 20.000 pazienti. Offre servizi per tutta la cittadinanza di Ghent e la provincia di Oost-Vlaanderen.</p> <p>Particolarmente rinomati sono: il dipartimento “madri e figli” con 2400 nascite all'anno; pronto soccorso; unità traumi e centro per gli incidenti industriali (fondamentale per l'area portuale).</p> <p>http://www.azstlucas.be/home/home.htm</p>	
13	Rijk Hospital - Oslo	Oslo, NW	<p>Ospedale universitario nato dalla fusione di due centri ospedalieri (il Rikshospital e il Radiumhospitalet).</p> <p>Svolge il 40 per cento della ricerca medica di tutta la Norvegia. Localizzato nel centro di Oslo, con 585 posti letto e 27 sale operatorie, svolge servizi per tutta la regione sud-est della Norvegia.</p> <p>E' l'ospedale più rinomato di tutta la Norvegia per l'alta specializzazione, per le competenze specifiche nella cure di malattie rare e di disordini complessi e punto di riferimento nazionale per il trapianto di organi, del midollo osseo, per la neurochirurgia avanzata e nel trattamento di malformazioni congenite nei bambini.</p> <p>L'ospedale si presenta come una piccola città, con piazze, strade, hotel per i parenti dei pazienti. Si sviluppa per lo più orizzontalmente su una superficie di 130.000 mq.</p>	Cfr. scheda di approfondimento

			http://www.rikshospitalet.no/view/avd_info.asp?department=English	
14	Great Ormond Street Hospital	UK	<p>Aperto nel 1852 come primo ospedale pediatrico nel mondo anglosassone, è oggi un centro di fama internazionale per la cura di malattie pediatriche.</p> <p>Quasi il 50% dei pazienti proviene dall'area urbana di Londra, il 48% circa dal resto del Regno Unito e attrae, per il 2%, pazienti dal resto d'Europa.</p> <p>L'ospedale che svolge anche funzione di training universitario (collabora con UCL Institute of Child Health and South Bank University e ha tra le strutture più avanzate d'Europa dedicate alla ricerca.</p> <p>Tra le discipline specialistiche: ingegneria biomedica, trapianto di midollo osseo, ricostruzione labbra e palato, genetica clinica, chirurgia maxilofacciale e craniofacciale, citogenetica, cure intensive neonatali, psicologia e neuropsichiatria, logopedia.</p> <p>Dispone di 353 posti letto e 9 sale operatorie: ogni anno svolge più di 13.000 operazioni chirurgiche e cure più di 103.000 casi (91.000 circa sono outpatients).</p> <p>http://www.ich.ucl.ac.uk/</p>	Ospedale Pediatrico
15	George Pompidou	Paris, FR	<p>Ospedale universitario, costruito nel 1993 con l'intento di sostituire tre ospedali ubicati in tre arrondissement di Parigi. Attualmente offre servizi per un bacino di utenza di circa 500.000 abitanti. Collabora con l'università René-Descartes e incorpora all'interno delle sue strutture unità dell'INSERM, del CNRS, e diversi centri di ricerca clinica. E' un esempio di aggregazione di strutture mediche, con relativa riorganizzazione della struttura organizzativa e razionalizzazione delle risorse umane.</p> <p>http://www.aphp.fr/index.php?module=portail&action=afficherPortail&vue=portail&NIHOPITAL=36</p>	Cfr. scheda di approfondimento
16	Ospedale di ALCORCON	Madrid, SP	<p>La Fundacion Hospital Alcorcon, localizzato nella periferia a sud di Madrid, offre servizi clinici per la Comunità Urbana di Madrid (bacino di utenza di circa 426.000 abitanti). Svolge anche funzione universitaria attraverso l'istituto di ricerca creato all'interno della fondazione, dotato di organi di gestione propri. Dispone di 6 aule adibite a lezioni universitarie (fino a 316 posti).</p> <p>La struttura di 148.000mq si sviluppa quasi interamente in orizzontale per facilitare il traffico interno.</p> <p>Tra le discipline specialistiche: allergologia, angiologia, biochimica clinica, cardiologia, chirurgia maxilofacciale, chirurgia pediatrica, dermatologia, endocrinologia e nutrizione, immunologia, medicina nucleare, nefrologia, neurochirurgia, ostetricia e ginecologia, psichiatria, reumatologia.</p> <p>http://www.fhalcorcon.es/</p>	Cfr. scheda di approfondimento
17	Ospedale di Strasburgo	Strasburgo, FR	<p>Les Hopitaux Universitaire de Strasbourg è un'agenzia pubblica che gestisce 6 ospedali nell'area urbana. E' punto di riferimento per tutta la regione dell'Alsazia.</p>	Cfr. scheda di approfondimento

			<p>Le strutture ospedaliere sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hôpital Civil: 45 edifici/padiglioni, 23 ettari di superficie, 895 letti, 27 posti per l'emodialisi, per 34 reparti 2. Hospital de Hautepierre: 1 edificio di 12 piani, 1017 letti, 5 posti per l'emodialisi, per 28 reparti 3. Hospital de la Robertsau (polo geriatrico): 8 padiglioni su 10 ettari di superficie, con 395 letti, per 2 tipi di cure 4. Hospital Lyautey (solo servizi di pneumatologia), con 45 letti 5. Hospital de l'Elsau (centro di psichiatria per l'infanzia e adolescenza) con 12 letti e 6. Hospital du Neuhof (casa di riposo) con 98 letti. <p>Tra le cure specialistiche che offre vi sono: ginecologia e ostetricia, psichiatria, strutture per l'emodialisi, cure riabilitative, riabilitazione di persone anziane e casa di lunga degenza. Svolge anche le funzioni di ricerca e di insegnamento universitario.</p> <p>http://www.chru-strasbourg.fr/Hus/</p>	
--	--	--	---	--

USA – CANADA - ASIA				
18	<u><i>- Hospital of the University of Pennsylvania</i></u>	<i>3400 Spruce Street Philadelphia, PA, U.S.A.</i>	<p>E' situato a Philadelphia (Pennsylvania) ed è parte dell'omonima Università, a sua volta una delle istituzioni più "antiche" degli Stati Uniti (fu fondata nel 1765). Si tratta di una struttura estremamente qualificata sia per l'aspetto clinico che sotto il profilo della ricerca.</p> <p>L'assistenza e l'attenzione alle esigenze del malato sono di alto livello, mentre l'avanzata ricerca clinica consente l'applicazione di innovativi protocolli di prevenzione e cura.</p> <p>I tumori, la fibrosi cistica, le malattie cardiovascolari e l'AIDS sono alcune delle patologie dove la moderna tecnologia e le sue applicazioni in medicina supportano l'attività clinica e chirurgica.</p> <p>Una menzione infine per uno dei fiori all'occhiello dell'Ospedale è il <i>Penn's Institute for Human Gene Therapy</i>, un eccellente dipartimento di ricerca nel campo della biologia molecolare e della genetica</p> <p>Specialità e discipline di maggior competenza: - oncologia, ostetricia e ginecologia; fisiologia; radiologia e radioterapia, cardiologia.</p> <p>http://pennhealth.com/hup/</p>	
19	<u><i>- University of Michigan Medical Center</i></u>	<i>1500 E. Medical Center Ann Arbor, MI, U.S.A</i>	<p>L'University of Michigan Medical Center è parte dell'University of Michigan Health System che comprende, oltre all'omonima università, gli altri due più importanti ospedali del Michigan, il Mott Children's Hospital ed il Women's Hospital.</p> <p>Attualmente gli ospedali di questo "network" accolgono più di 4000 studenti e sono oltre 800 i docenti, i medici ed i ricercatori impegnati nell'insegnamento e nella pratica clinico-chirurgica.</p> <p>Il Mott Children's Hospital è uno dei principali ospedali pediatrici degli Stati Uniti, consta di oltre 200 letti ed è leader nel trattamento delle cardiopatie congenite, delle malattie renali, gastrointestinali, come pure nei trapianti ed in oncologia.</p> <p>Il Women's Hospital invece, garantisce tutti i servizi ginecologici, provvede al ricovero ed alla cura delle future mamme, gestisce le gravidanze a rischio e fornisce una "Intensive Unit" per gli eventuali problemi del post-partum.</p>	

			<p>Come ultima annotazione, l'University of Michigan Medical Center è situato nella città di Ann Arbor, considerata per le sue qualità ambientali, culturali e sociali una delle 10 migliori località degli Stati Uniti.</p> <p>Specialità e discipline di maggior competenza: - otorinolaringoiatria; geriatria; pneumologia; endocrinologia; oncologia; ginecologia.</p> <p>www.med.umich.edu/</p>	
20	<u>- UCLA Medical Center</u>	<i>10833 Le Conte Avenue 90095 Los Angeles, CA, U.S.A..</i>	<p>Si trova a Los Angeles in California e tra gli operatori annovera medici e ricercatori della California University.</p> <p>L' UCLA Medical Center rappresenta un importante e prestigiosa struttura di ricerca ricovero e cura a livello nazionale ed internazionale e si è distinta, negli anni, per l'attenzione volta alla formazione professionale di medici e paramedici.</p> <p>Oltre ad una variegata scelta di servizi in ambito medico e chirurgico, l' UCLA Medical Center fornisce supporti ai pazienti ed ai cittadini quali l' "UCLA Healthcare Information Service", una sorta di " call center" cui esporre le proprie esigenze o necessità per essere indirizzati alla struttura più competente, oppure le "Patients Learning Series", una esauriente trattazione dei disturbi e della malattie più ricorrenti.</p> <p>La diagnostica, la ricerca e la cura si avvalgono degli strumenti più e sono moderni continuo aggiornamento ed evoluzione.</p> <p>Specialità e discipline di maggior competenza: geriatria; ginecologia; urologia.</p> <p>http://healthcare.ucla.edu/</p>	
21	<u>John Hopkins Hospital</u>	<i>600 N. Wolfe Street 21187 Baltimore, MD, U.S.A.</i>	<p>Il Johns Hopkins Hospital di Baltimora (Maryland), è considerato il miglior ospedale degli Stati Uniti (e probabilmente del mondo) e si è progressivamente affermato come struttura di ricerca, ricovero e cura all'avanguardia nel mondo. Annovera servizi di eccellenza in numerosi campi della medicina e della chirurgia.</p> <p>Gli scienziati del Johns Hopkins Hospital possono vantare la scoperta di tecniche chirurgiche e di protocolli di prevenzione e cura ora largamente usati e codificati in tutto il mondo. I suoi avanzatissimi laboratori di ricerca spaziano dalla biologia molecolare allo studio del genoma e sinergizzano con i clinici nella messa a punto di metodiche e tecnologie volte allo sviluppo di nuovi approcci diagnostico-terapeutici. Grazie ai promettenti risultati della propria ricerca, il Johns Hopkins Hospital contribuisce all'avanzamento delle conoscenze nel campo della diagnosi e nel trattamento di cancro, malattie cardiopolmonari, malattie neurologiche ed in ambito ginecologico, reumatologico oculistico ed otorinolaringoiatrico.</p> <p>Specialità e discipline di maggior competenza: ginecologia, urologia; oculistica; otorinolaringoiatria; reumatologia; geriatria; gastroenterologia; neurologia; pediatria; pneumologia; oncologia; cardiologia.</p> <p>http://www.hopkinsmedicine.org/</p>	
22	<u>Cleveland Clinic</u>	<i>9500 Euclid Avenue 44195 Clevelan, OH, U.S.A..</i>	<p>Il Cleveland Clinic Hospital è stato fondato nel 1921 sulla base del principio per cui si riteneva che i pazienti potevano essere trattati al meglio solo se l'ospedale era sostenuto da un centro di ricerca. Ben presto è diventato uno dei più importanti ospedali degli Stati Uniti e nel 1988 è stato instaurato in Florida (Naples e Ft.</p>	

			<p>Lauerdale), il Cleveland Clinic Florida. E' dotato di 150 letti ed è in grado di fornire prestazioni ad alti standard qualitativi. Di sicuro rilievo sono i dipartimenti di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva e di Chirurgia Cardiotoracica. Particolare attenzione viene dedicata alle metodiche chirurgiche minimamente invasive quali chirurgia laparoscopica e videoendoscopica. In ambito oncologico sono da segnalare gli studi relativi alla diagnosi e al trattamento del carcinoma della prostata. Specialità e discipline di maggior competenza: - cardiologia; chirurgia; gastroenterologia; urologia.</p> <p>www.clevelandclinic.org</p>	
23	<u>Massachusetts General Hospital</u>	<p>55 Fruit Street 02114 Boston, MA, U.S.A.. tel. (617) 726-2000</p>	<p>Situato a Boston nel Massachusetts, rappresenta una delle strutture medico-chirurgiche di maggior prestigio degli Stati Uniti. Vi operano docenti e scienziati dell'Università di Harvard, una delle culle dell'insegnamento e della ricerca a livello internazionale, nonché sede di congressi scientifici di risonanza mondiale. La contiguità e la simbiosi con l'Università di Harvard garantisce un flusso costante di conoscenza e di aggiornamento al massimo livello, oltre a prestazioni di sicura affidabilità. Specialità e discipline di maggior competenza: psichiatria; nefrologia; endocrinologia; neurologia; cardiologia.</p> <p>http://www.massgeneral.org/</p>	
24	<u>Yale University Medical Center</u>	<p>20 York Street 06504 New Haven, CT, U.S.A.. tel. 203-688-4242</p>	<p>Sito nel Connecticut, lo Yale-New Haven Hospital è uno dei più "antichi" ospedali degli Stati Uniti. Oggi conta oltre 900 letti e comprende lo Yale-New Haven Children's Hospital e lo Yale-New Haven Psychiatric Hospital. Lo staff medico che vi opera è di alto livello e comprende sanitari della School of Medicine della Yale University, a cui l'ospedale è affiliato. Lo standard delle prestazioni è elevato, come pure, trattandosi di un centro universitario, il livello della ricerca scientifica. Di rilievo è l'"AIDS CARE PROGRAM" uno dei programmi più completi nella gestione e nel trattamento dell'infezione da HIV. In ambito chirurgico vengono applicate le più avanzate procedure laparoscopiche e microlaparoscopiche e molta cura è riservata allo sviluppo delle tecniche "poco invasive" in chirurgia coronarica e vascolare. Una particolare attenzione è posta dallo Yale-New Haven Hospital verso il paziente anziano per il quale sono disponibili servizi geriatrici di alto livello. Specialità e discipline di maggior competenza: psichiatria; geriatria; pneumologia; cardiologia; oncologia.</p> <p>www.med.yale.edu</p>	
25	<u>Presbyterian Univ. Hosp. of Columbia and Cornell</u>	New York, USA	<p>Il Centro ospedaliero collabora con la Columbia University di New York e offre servizi di cura, ricerca e training. E' centro di eccellenza nelle cure oncologiche, nella cura di malattie dell'apparato digerente, geriatria, cure e chirurgia cardiovascolari, ortopedia, neuroscienze, pediatria, psichiatria e unità trapianti.</p>	

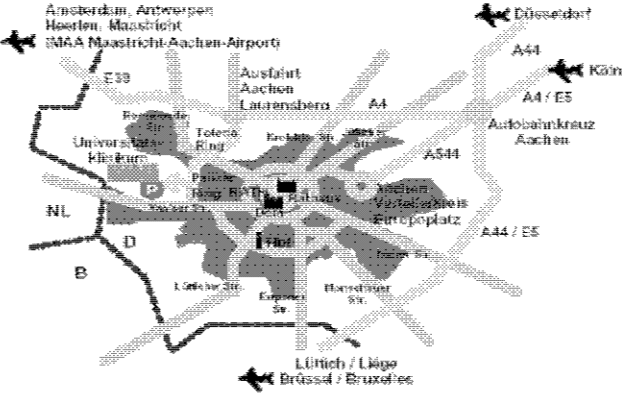
			<p>L'ospedale dispone di 5 strutture diverse, dislocate in diverse aree di Manhattan (il Padiglione Allen, il Morgan Stanley Children's Hospital, l'ospedale presso la Columbia University, il Weill Cornell Medical Center e il Payne Whitney Westchester). E' considerato uno dei 10 migliori ospedali degli USA; il sito internet, orientato ad assistere i pazienti nella varie fasi di cura (scelta del medico, informazioni sui diritti del malato, procedure di ospedalizzazione, assistenza finanziaria personalizzata, video dimostrativi ed esplicativi delle operazioni chirurgiche più comuni, ...) è ben curato e lo rende uno degli ospedali più attenti all'assistenza al paziente.</p> <p>http://www.nyp.org/</p>	
26	Barnes-Jewish Hospital/Washington University, St. Louis - University of California, San Francisco Medical Center	California, USA	<p>E' una delle più grandi organizzazioni no profit degli USA, con 13 strutture ospedaliere. Svolge funzioni di ricerca e istruzione universitaria in collaborazione con la Washington University School of Medicine. Dispone di 1228 posti letto ed effettua più di 16.000 interventi chirurgici all'anno (su un totale di quasi 54.000 ammissioni ospedaliere).</p> <p>Tra le discipline specialistiche: oncologia, cardiocirurgia, pneumologia, unità trapianti, ortopedia, cure neurologiche, traumatologia.</p> <p>E' considerato uno dei 10 migliori ospedali degli USA.</p> <p>http://www.barnesjewish.org/</p>	
27	University of Washington Medical Center	Seattle, USA	<p>Uno dei 10 migliori ospedali negli USA. Dispone di 450 posti letto e svolge funzioni di cura, ricerca e formazione universitaria (Washington University, Seattle). La struttura ospedaliera si articola in due centri: l'Harboreview Medical Centre (per cure primarie) e la University of Washington Medical Centre: quest'ultima risulta un centro di riferimento per lo stato di Washington, il Wyoming, l'Alaska, il Montana e l'Idaho.</p> <p>http://www.uwmedicine.org/Facilities/UWMedicalCenter/</p>	
28	Harvard Pilgrim Health Care (HMO)	Massachusetts, USA	<p>L'ospedale è un'organizzazione no profit ed è centro di riferimento per gli Stati di Massachusetts, New Hampshire e Maine.</p> <p>Tra le discipline specialistiche presenti: cura dell'asma, ADHD (Attention Deficit-Hyperactive Disorder), screening e cura del cancro, diabete, malattie dell'alimentazione, ostetricia, immunologia, cura della menopausa.</p> <p>http://www.harvardpilgrim.org</p>	
29	Sick Kids	Toronto, CAN	<p>Tra i migliori ospedali pediatrici al mondo, conta 400 posti letto ed effettua cure per circa 15.000 pazienti l'anno.</p> <p>Tra le discipline specialistiche: unità donazione organi e sangue, oncologia genetica, cure cranio-facciali, chirurgia delle labbra e palato, disordini alimentari, cura delle paralisi facciali, cure cardiache prenatali, cure palliative, allergologia, cura dell'asma, pneumologia.</p> <p>Svolge anche funzione di ricerca: in particolare risulta particolarmente avanzato</p>	

			<p>nella ricerca sui temi della nutrizione, delle malattie congenite; collabora attivamente con diverse imprese biotech e farmaceutiche, agenzie governative e fondazioni no profit.</p> <p>http://www.sickkids.ca/</p>	
30	<i>UHN Three Hospitals</i>	Toronto, CAN	<p>Toronto General Hospital, Toronto Western Hospital and Princess Margaret Hospital lavorano insieme sotto la medesima organizzazione (la UHN) condividendo visione e obiettivi. E' considerato uno dei migliori ospedali a livello mondiale, per qualità delle cure, qualità della formazione e ricerca.</p> <p>Dispone di 730 posti letto.</p> <p>http://www.uhn.ca/index.htm</p>	
31	<i>Mount Sinai Medical Centre</i>	Toronto, CAN	<p>Il MSH è una struttura internazionalmente riconosciuta, affiliata alla Toronto University, nota per l'alta qualità delle cure, i metodi innovativi di formazione e ricerca. E' considerato centro di eccellenza per la salute di donne e bambini, chirurgia di alta specializzazione, oncologia, laboratorio di medicina e controlli infettivi.</p> <p>Dispone di 472 posti letto per un totale di 25.000 pazienti l'anno.</p> <p>http://www.mtsinai.on.ca/</p>	
32	<i>Bumrungrad International Hospital</i>	Bangkok, Thailand	<p>Il Bumrungrad è un'organizzazione pubblica quotata in borsa dal 1980. E' localizzato nel cuore di Bangkok.</p> <p>Oggi è un ospedale internazionalmente accreditato ed è uno dei più grandi ospedali privati del Sud-est asiatico con 554 posti letto e più di 30 centri di specialità.</p> <p>Fornisce cure, annualmente, a più di 1 milione di pazienti, di cui 400.000 internazionali da circa 190 Paesi diversi.</p> <p>Il Bumrungrad è stato oggetto di studio per la propria politica di marketing e in particolare per l'apertura all'accoglienza di pazienti internazionali. Al riguardo, l'ospedale è attrezzato con tecnologie e servizi tipicamente rivolti al paziente occidentale. Inoltre un apposito sito web pubblicizza le attività ed i servizi offerti.</p> <p>http://www.bumrungrad.com/</p>	
33	<i>All India Institute of Medical Sciences</i>	New Delhi, India	<p>L'Istituto si presenta come un conglomerato di strutture: il Centro per le scienze oftalmiche, il centro Cardiotoracico, Centro per le Neuroscienze, l'Istituto Rotary Centre Hospital e il Centro per le Dipendenze.</p> <p>Cura circa 1.5 milioni di pazienti l'anno, di cui 80.000 in-patients (100.000 operazioni chirurgiche).</p> <p>Svolge le funzioni di formazione (graduate e undergraduate), ricerca e cura dei pazienti.</p> <p>La ricerca e la formazione ricoprono 42 discipline; 25 dipartimenti clinici, compresi 4 centri di specialità gestiscono quasi tutte le tipologie di malattie, esclusi i casi di ustioni e di malattie infettive.</p> <p>Tra le aree in cui l'ospedale è all'avanguardia vi sono la cardio-chirurgia, la</p>	


			<p>chirurgia neo-natale, unità trapianti (cornea, cuore, midollo osseo, fegato).</p> <p>http://www.aiims.edu/</p>	
34	Denver Health	Denver, USA	<p>Denver Health è un'organizzazione integrata che dispone di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una struttura ospedaliera centrale con 500 posti letto; - Un centro per la gestione delle emergenze - Un dipartimento di salute pubblica - Una rete di 8 Centri per la salute della famiglia - Due centri per la cura delle dipendenze - Centro manageriale per l'implementazione del Denver health Plan <p>Svolge anche le funzioni di insegnamento e ricerca.</p> <p>Tra le discipline in cui è specializzato vi sono: traumatologia, centro per le fratture complesse, cardiologia e chirurgia vascolare, centro per i disordini alimentari, servizio per ricerca-prevenzione-cura dell'HIV/AIDS, neurochirurgia.</p> <p>La struttura ospedaliera principale è all'avanguardia nell'utilizzo di un sistema di raccolta informazioni e gestione delle cartelle dei pazienti completamente informatizzato.</p> <p>http://www.denverhealth.org</p>	
35	Brigham and Women's Hospital	Boston, USA	<p>La struttura è affiliata alla Harvard University e funge da centro d'eccellenza per l'oncologia, la chirurgia cardiovascolare, le neuroscienze, ortopedia e salute della donna.</p> <p>E' localizzata nel centro di Boston e dispone di 747 posti letto.</p> <p>E' riconosciuta internazionalmente come centro d'eccellenza per la cura della salute della donna.</p> <p>http://www.brighamandwomens.org</p>	
36	Sourasky Medical Center in Tel Aviv	Tel Aviv, Israele	<p>E' uno dei più grandi ospedali del Paese e serve un bacino di utenza pari circa a 360.000 abitanti, senza contare tutti lavoratori, più di 1 milione, che ogni giorno si spostano nella capitale per lavoro.</p> <p>Si estende su una superficie di 150.000 mq e incorpora tre strutture ospedaliere: Ichilov General Hospital, Ida Sourasky Rehabilitation Center, Lis Maternity Hospital e Dana Children's Hospital.</p> <p>L'ospedale dispone di 1.100 posti letto, approssimativamente 60 dipartimenti.</p> <p>E' centro di riferimento nazionale per le seguenti specialità: traumatologia, neurochirurgia, neurochirurgia pediatrica, ortopedia, oncologia, trapianto del fegato e microchirurgia del sistema nervoso.</p> <p>http://www.tasmc.org.il/e/about/</p>	

SCHEDE ANALITICHE


Scheda Nr. 1 – UniversitätsKlinikum, AACHEN (D)

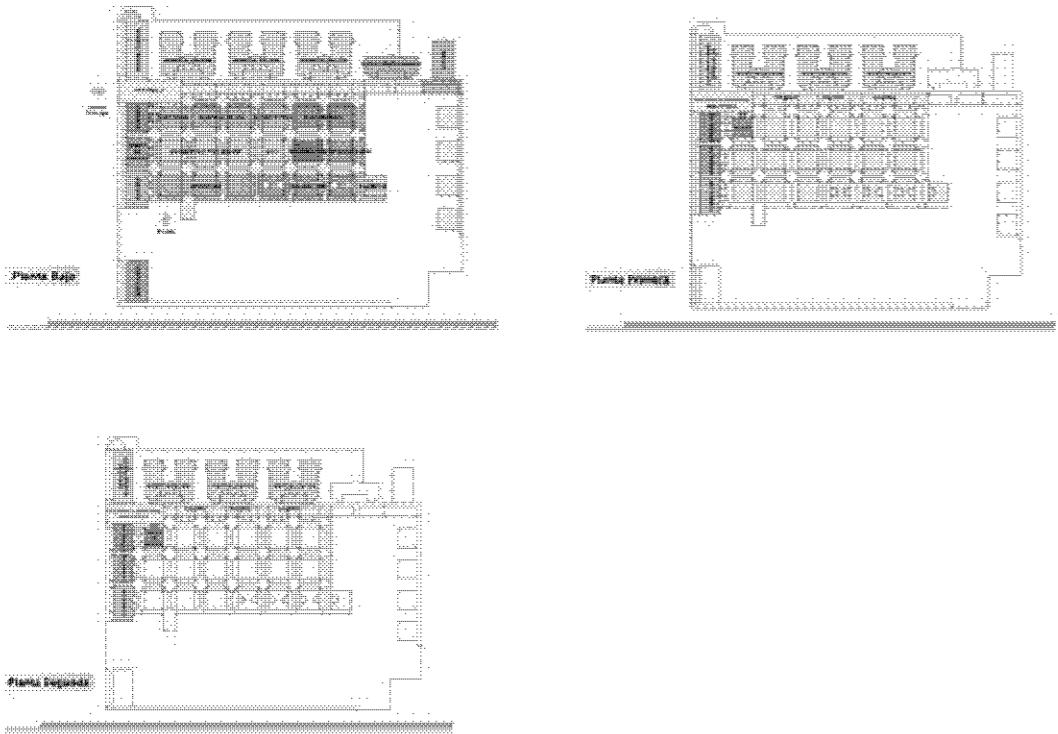
Denominazione	University Hospital Aachen (UKA)
Connotazione	<p>- Policlinico universitario articolato su 33 Dipartimenti integrato con la facoltà di Medicina ed Odontoiatria.</p> <p>- Centro di ricerca per ingegneri, medici e fisici.</p> <p>Si svolgono attività di</p> <p>- Cura, Ricerca, Didattica-Formazione, Congressistica-Aggiornamento Professionale (fino a 350 partecipanti in contemporanea). 2.700 studenti</p>
Funzione universitaria	Facoltà all'interno dell'ospedale.
Tipo di gestione	Consiglio di Amministrazione nominato dalla Regione Nord-Reno Vestfalia e dall'Università di Aquisgrana (Aachen).
Raggio di azione	<p>Il Policlinico serve l'area della "regione" di Aquisgrana (Aachen) ed è collegato alle aree contigue del Belgio e dell'Olanda.</p> <p>Aachen si trova infatti al confine tra Germania, Belgio, e Olanda e l'Ospedale è inserito all'interno dell' Euroregione "Meuse-Rhein" – nata come progetto europeo nell'ambito del Programma INTERREG I - la quale sta portando avanti da oltre 10 anni un'esperienza di collaborazione ed integrazione dei servizi sanitari sulla base di un accordo di collaborazione con la Provincia di Liegi in Belgio e l'Ospedale universitario di Maastricht.</p>
Bacino di utenza / Nr. Assistiti	<p>48.000 In-patients</p> <p>111.000 Out-patients</p>
Localizzazione	<p>Il sito ospedaliero è ubicato fuori dal centro abitato ed è ottimamente collegato sia per via stradale che ferroviaria ai principali assi di trasporto terrestre ed aereo dell'area.</p> 
Struttura	<p>Unico edificio di grandi dimensioni in cui sono riuniti i diversi Dipartimenti/Ospedali.</p> <p>Un ala è dedicata ai servizi (cucine, lavanderia, ecc.) e contiene un hotel per i parenti dei pazienti</p>

	<p>L'intera struttura è composta di 6.600 stanze con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sei aule universitarie (fino a 316 posti) - 1510 letti - 30 sale operatorie con sala risveglio separata fino a 10 pazienti <p>Nelle 33 Cliniche, 21 Istituti e nell'Amministrazione lavorano complessivamente:</p> <p>67 Docenti 1.192 Collaboratori scientifici 5.025 Collaboratori non scientifici impiegato</p>
Entrata in servizio	<p>Inaugurazione: 1982 Completamento: 1985</p>
Tipologia di servizi	<ul style="list-style-type: none"> - Information Technology - Care Department - Quality and environmental Management - Medical Controlling - Commercial Controlling, - Project Management - Patient Management - Financial Management - Legal Department
Modello organizzativo	<p>Il Policlinico è impostato per integrare le funzioni di: Insegnamento, Ricerca e Cura ed è organizzato in questa prospettiva intorno a :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 33 Cliniche specializzate; - 21 Istituti di Ricerca, sperimentazione e applicazione; - Le Facoltà universitarie - Le Scuole di specializzazione - Bio-banche - Aule di insegnamento - Strutture logistiche e di appoggio (Farmacia, cucine, lavanderie, sterilizzazione, magazzini, ecc.). - 12 Piazze di sosta e svago, in parte attrezzate ed alberate per rendere più confortevole il soggiorno dei pazienti e dei parenti/visitatori.
Posti letto	1.510
Poli e Dipartimenti	<ul style="list-style-type: none"> - 33 Poli/Dipartimenti Clinici Specialistici - 21 Istituti teorici e clinici

<p>Discipline specialistiche principali</p>	<p>Anaesthesia Clinic - Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy Clinic - Children's Cardiology Clinic - Clinic for Conservative Dentistry, Parodontology and Preventive Dentistry - Clinic for neonatological and conservative children intensive care - Clinic for Palliative Medicine - Clinic for Plastic, Hand and Burns Surgery - Clinic for Psychosomatic and Psychotherapeutic Medicine - Clinic for Radiological Diagnostics including neuroradiology - Dental Prosthetics Clinic - Department of Traumatology - Dermatological Clinic - Ear, Nose and Throat Clinic plus plastic surgery of the head and neck - Gynaecological Clinic - gynaecology and obstetrics - Gynaecological Clinic - gynaecological endocrinology and reproductive medicine - Medical Clinic I (Focus: cardiology and pneumology) - Medical Clinic II (Focus: nephrology and immunology) - Medical Clinic III (Focus: gastroenterology and metabolic disorders) - Medical Clinic IV (Focus: haematology and oncology) - Neurosurgical Clinic - Neurological Clinic - Nuclear Medicine Clinic - Ophthalmic Clinic - Orthodontic Clinic - Orthopaedic Clinic - Paediatric Clinic - Clinic of Phoniatics, Pedaudiology, and Communication Disorders - Plastic Surgery Clinic for the Teeth, Mouth, Jaw and Face - Psychiatric and Psychotherapeutic Clinic - Radiation Therapy Clinic - Surgical Clinic - Thorax, Cardiac and Vascular Surgery Clinic - Urological Clinic</p>
<p>Programma edilizio</p>	<p>Non disponibile</p>
<p>Fonti</p>	<p>www.ukaachen.de</p>
	

Scheda Nr. 2 – Fundacion Hospital Alcorcon - MADRID (ES)

Denominazione	FUNDACION HOSPITAL ALCORCON (FHA)
Connotazione	Fondazione pubblica senza scopo di lucro con personalità giuridica autonoma.
Funzione universitaria	Istituto di Ricerca creata all'interno della fondazione dotata di organi propri, struttura di gestione di appoggio alla fondazione, un promotore interno che mira a sostenere l'attività della FHA al fine di garantire il massimo sviluppo della ricerca della FHA
Tipo di gestione	Gestione orientata al consumatore, incorporazione di risorse avanzate in una struttura tecnologica. Creazione di unità di gestione clinica basate sullo sviluppo della conoscenza, nel delegare le responsabilità e nella partecipazione. 3 aree: area esecutiva: fornisce supporto a tutta l'area organizzativa area assistenziale: anestesia, rianimazione e stati critici, chirurgia, diagnostico per l'immagine, farmacia, laboratorio, maternità infantile, medicina, traumatologia, chirurgia ortopedica, riabilitazione urgenze. staff di appoggio alla Direzione: gestione del sistema informatico, della qualità e della comunicazione.
Raggio di azione	Comunità di Madrid
Bacino di utenza	Popolazione di riferimento 425.594 abitanti
Localizzazione	<p>Periferia Sud-est di Madrid</p>  <p>The map, titled 'Plano Alcorcón y FHA', shows the location of the Fundación Hospital Alcorcón (FHA) in the southeast periphery of Madrid. Key features include the M-501 highway (Ctra. M-501 a San Martín de Valdeiglesias), the N-V highway (Autovía N-V), and the Avda. Villanueva. The FHA is situated near the Estación FFCC Alcorcón and the Avda. Misteroles. Other streets shown include Calle Viena, Calle Godelupe, Calle Herlín, and Calle Atenas. The map also indicates the location of Talavera and Madrid.</p>

<p>Struttura</p>	<p>La FHA, che è dotata di una moderna attrezzatura medico-diagnostica, si estende su di un'area di circa 148.000 mq. di cui 75.000 mq. edificati.</p> <p>La struttura architettonica è estesa orizzontalmente in modo da facilitare i collegamenti interni e permette una zonizzazione per aree facilitandone il riconoscimento e l'accesso da parte dei pazienti ma al tempo stesso garantendo il rispetto della privacy.</p> <p>Il complesso è servito da grandi viali (denominati "Avenidas") che danno luogo a due grandi assi di circolazione perpendicolari che si intersecano al centro del complesso intorno ad un'area rotatoria centrale strutturata intorno ad una piazza.</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p>Entrata in servizio</p>	<p>1997</p>
<p>Tipologia di servizi</p>	<p>Nell'area dedicata al ricovero dei pazienti le stanze sono dotate di aree adeguate per l'assistenza dei parenti quando necessario (in particolare nei Dipartimenti di pediatria).</p> <p>Ogni camera dispone di bagno e collegamenti ICT, telefono e televisione.</p> <p>Nell'area dei servizi ambulatoriali l'accesso è diretto.</p> <p>Esistono adeguati parcheggi per i pazienti in consultazione e per i visitatori.</p> <p>L'area è dotata di eliporto</p> <p>Il complesso dispone poi di vari servizi complementari: Parcheggio sorvegliato, Cartolerie, Negozi, Bar, Ristoranti e servizi di ristoro, Biblioteca pubblica, ecc.</p> <p>Esiste anche un apposito URP per il ricevimento e informazione dei pazienti e visitatori.</p>

<p>Modello organizzativo</p>	<p>Organigramma Generale</p> <pre> graph TD Patronato --> DirezioneGenerale["Dirección General Dr. José Manuel González Álvarez"] DirezioneGenerale --> Anestesia["ANESTESIA, REANIMACIÓN Y C.C. Juan Gomez-Ariza Deza Cabrero"] DirezioneGenerale --> Chirurgia["CIRUGÍA Antonio Quintana Rodríguez"] DirezioneGenerale --> COTR["C.O. TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN Javier Martínez Martín"] DirezioneGenerale --> Diagnostico["DIAGNOSTICO POR IMAGEN Miguel A. Trujero García"] DirezioneGenerale --> Specializzazioni["ESPECIALIDADES MÉDICAS Lorenzo López Besada"] DirezioneGenerale --> Farmacia["FARMACIA Montserrat Pérez Encinas"] DirezioneGenerale --> Ginecologia["GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Antonio López Solís"] DirezioneGenerale --> Laboratorio["LABORATORIO Santiago Páez García"] DirezioneGenerale --> MedicinaInterna["MEDICINA INTERNA Virgilio Castilla Castellano Jefe de Unidad"] DirezioneGenerale --> Pediatria["PEDIATRÍA Bartolomé Bueso Serra"] DirezioneGenerale --> Psiquiatria["PSIQUIATRÍA"] DirezioneGenerale --> Informatica["Análisis de la Información"] DirezioneGenerale --> Informatica --> Instituto["Instituto de Investigación Dr. Alberto Rábano"] DirezioneGenerale --> Informatica --> Sistemi["Sistemas y Tecnologías de la Información Dña. Isabel Sastre Ibarretxe"] DirezioneGenerale --> Informatica --> Staff["Staff: - Gabinete Jurídico - Dña. María Dolores Muga Mañor - Gabinete de Comunicación - Atención e Información al Usuario - Recepción e Información - Unidad WEP - Dña. Carmen Torres Rivera"] DirezioneGenerale --> Assistenza["Dirección Asistencial Dr. José Antonio Orguiza Espinosa"] DirezioneGenerale --> Assistenza --> Amministrazione["Admisión Med. Preventiva Biblioteca Calidad"] DirezioneGenerale --> Assistenza --> Subdirezione1["Subdirección D. Cristóbal José Giban Rodríguez"] DirezioneGenerale --> Assistenza --> Subdirezione2["Subdirección Dr. Francisco Javier García Sánchez"] DirezioneGenerale --> Assistenza --> DirezioneEconomiche["Dirección Económica Financiera y Servicios Generales D. Vicente García Fernández"] DirezioneGenerale --> Assistenza --> DirezioneEconomiche --> Subdirezione3["Subdirección D. Jorge Cardín Vazquez"] DirezioneGenerale --> Assistenza --> DirezioneEconomiche --> Subdirezione4["Subdirección D. Francisco Pérez Vega"] DirezioneGenerale --> DirezioneOrganizzativa["Dirección Organizativa Operativa y Entrenamiento Dña. Ana Isabel Díaz Chantre"] DirezioneGenerale --> DirezioneOrganizzativa --> Subdirezione5["Subdirección D. Juan Carlos Fernández González"] DirezioneGenerale --> DirezioneOrganizzativa --> Subdirezione6["Subdirección Dña. Inés Ruiz Cortón"] DirezioneGenerale --> DirezioneRisorse["Dirección de Recursos y Sistemas de Apoyo a la Gestión"] DirezioneGenerale --> DirezioneRisorse --> Subdirezione7["Subdirección D. Carlos Muñoz Sánchez"] </pre>
<p>Personale</p>	<p>- Fisso: 1016 - Con contratto a tempo determinato: 683</p>
<p>Poli e Dipartimenti</p>	<p>I servizi sono articolati intorno ad 8 Poli (Ricoveri, Prestazioni ambulatoriali, Chirurgia, Servizi centrali, Farmacia ospedaliera, Urgenze, Procedimenti diagnostici complementari, Altri servizi).</p> <p>Ciascun Polo è a sua volta suddiviso in dipartimenti: ad esempio il Servizio Ricoveri è suddiviso in Ricoveri convenzionali (comprendenti le varie specialità tradizionali: Allergologia, Cardiologia, Neurologia, Urologia, ecc.), Day Hospital, Cure Intensive (che comprendono: Neonatologia, Stati critici, Rianimazione).</p>
<p>Discipline specialistiche principali</p>	<p>Allergologia, Angiologia e Chirurgia Vascolare; Biochimica Clinica, Cardiologia, Chirurgia Cardiovascolare; Immunologia; Neurochirurgia,</p>

Programma edilizio	Completato
Fonti	http://www.fhalcorcon.es
	

Scheda Nr. 3 Hospital de Matarò – Barcellona (ES)

Denominazione	Nou Hospital de Maturò
Connotazione	Il nuovo ospedale sostituisce i due complessi ospedalieri precedenti.
Funzione universitaria	Non è un polo universitario. Collabora però con l'università di Barcellona per la realizzazione dei tirocini degli studenti. Diversi docenti universitari operano all'interno dell'ospedale.
Tipo di gestione	Fa parte del sistema di servizi gestito dal Consorzio sanitario del Maresme, un'organizzazione rappresentata dal Dipartimento per la salute della Catalogna e il Consiglio Commerciale del Maresme.
Raggio di azione	Copre soprattutto l'area del Maresme (provincia della Catalogna a Sud di Barcellona).
Bacino di utenza	Circa 230.000 abitanti
Localizzazione	<p>L'ospedale è situato nel Maresme, a sud di Barcellona</p>
Struttura	<p>350 posto letto, 8 sale chirurgiche, 2 sale parto, 2 sale di cura</p>

<i>principali</i>	
<i>Innovazione tecnologica</i>	L'ospedale dispone di strumenti per la radiologia ed ecografia convenzionale, radiologia per contrasto (cistouretrografia, urografia endovenosa, col angiografia, fistulografia, sialografia), Ecodoppler modello B per le diagnosi in caso di ischemia, trombosi venosa e ipertensione, strumenti per la diagnostica delle arteriopatie (doppler bidirezionale), strumenti per flebografia, arteriografia degli arti inferiori (DIVA), fluoroscopia CT, risonanza magnetica nucleare.
<i>Programma edilizio</i>	Completato.
<i>Fonti</i>	http://www.csdm.es/
	

Scheda Nr. 4 – Rikshospitalet – OSLO (N)

Denominazione	Rikshospitalet-Radiumhospitalet Medical Centre
Connotazione	Queste due entità Rikshospitalet and Radiumhospitalet si sono riuniti in un unico centro ospedaliero nazionale.
Funzione universitaria	Rikshospitalet è un ospedale universitario. La fusione dei due centri raggiunge circa il 40% di tutta la ricerca sanitaria che viene svolta in Norvegia. Grande cooperazione con l'università di Oslo.
Tipo di gestione	Ospedale clinico universitario
Raggio di azione	222.000 pazienti trattati nel 2003
Bacino di utenza	Città di Oslo e Regione Sud-est della Norvegia
Localizzazione	In prossimità dell'Università, a Nord del centro di Oslo. La struttura si estende per lo più orizzontalmente su una superficie di 130.000 mq. <div style="text-align: center;"> <p>RIKSHOSPITALET</p> <p>The diagram shows a complex of buildings labeled A1 through E3 and DSV. Key features include: 'Main entrance' near 'Sykehøtelli'; 'Glass corridor and entrance to the Main Auditorium' connecting buildings B1 and B2; 'Airport Express Bus stops here' indicated by an arrow pointing to the left; and 'Trikk/Tram Line 10, 17, and 18 stops and departs here' indicated by an arrow pointing to the bottom. A vertical line labeled 'A1' is also shown.</p> </div>
Struttura	L'ospedale, situato in prossimità del centro di Oslo, si presenta come una piccola città con edifici, strade, piazze, hotel e una delle più grandi mostre della Norvegia. Nel complesso, la struttura ospedaliera è costituita da: <ul style="list-style-type: none"> - 7000 stanze - 585 posti letto, la metà sono destinati ai pazienti operati e un quarto per i bambini - 90 letti nell'hotel per parenti dei pazienti - 44 letti per i pazienti in decorso postoperatorio. - 27 sale operatorie - 5549 persone impiegate - 500 Medici - 1500 Infermieri <p>In patients: 27.652</p>

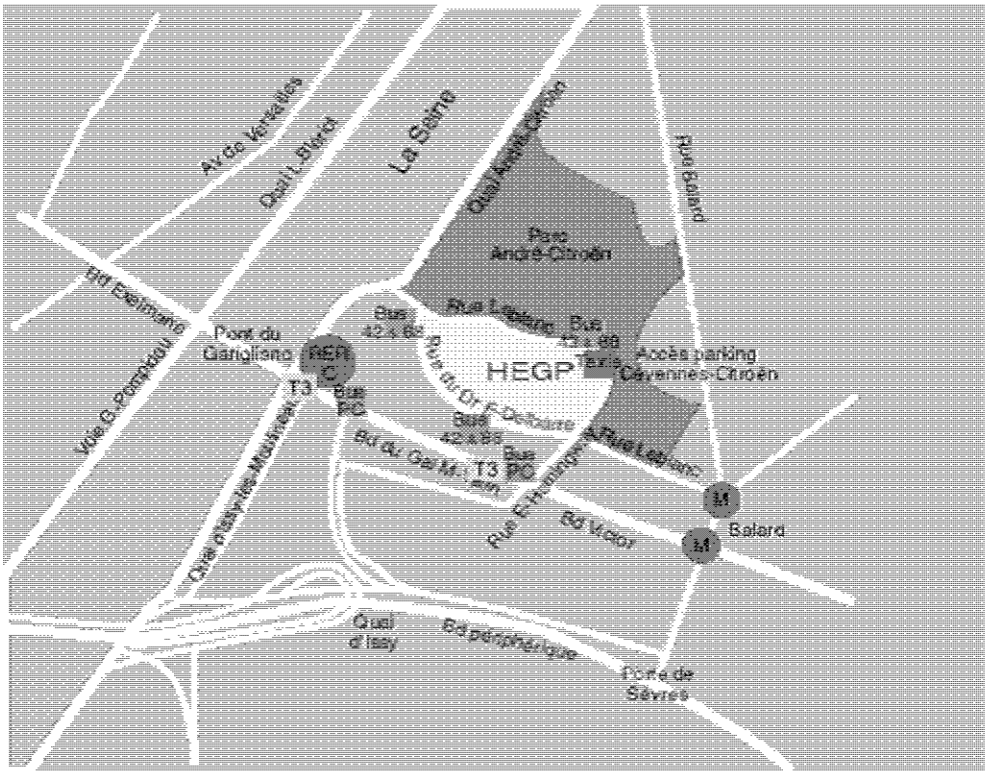
	Day patients: 15.892 Outpatients: 144.108
Entrata in servizio	Gennaio 2005
Tipologia di servizi	<p>La ricerca è uno degli aspetti essenziali dell'attività dell' R-RMC, dagli studi clinici alla ricerca molecolare e cellulare fino a quella orientata al paziente. Uno degli obiettivi primari del Centro è infatti quello di creare un ponte tra ricerca clinica e ricerca di base e approfondire la ricerca biomedica al fine di offrire ai pazienti nuove forme di trattamento e di cure più efficaci e rapidi anche nel settore delle genetica.</p> <p>L'ospedale è rinomato in tutta la Norvegia per la alta specializzazione, per le competenze specifiche nelle cure di malattie rare e di patologie complesse. In alcuni campi, l'ospedale è il punto di riferimento nazionale, come nel trapianto di organi, del midollo osseo, nella neurochirurgia avanzata e nel trattamento di malformazioni congenite dei bambini.</p>
Modello organizzativo	Il Budget annuo di gestione è di 2.5 miliardi norvegesi
Poli e Dipartimenti	
Discipline specialistiche principali	<p>Sviluppo di medicina di alta specializzazione in 5 aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trapianti; - Clinica Pediatrica, in particolare trapianto di cuore; - Oncologia - Cardiologia - Malattie del cervello e del sistema neurologico.
Innovazione tecnologica	I Rikshospitalet dà una grande priorità alla ricerca sulle laparoscopia inclusi gli interventi non invasivi e guidati da MRI.
Programma edilizio	<p>L'ospedale si presenta come una piccola città con edifici, strade, piazze, hotel e una delle più grandi mostre della Norvegia sviluppata orizzontalmente.</p> <p>Costo 5.9 miliardi norvegesi pari circa a 746.600.000 Euro</p>
Fonti	http://www.rikshospitalet.no/view/avd_info.asp?department=English
	 

Scheda Nr. 5 - Charité Hospital – Berlino (D)

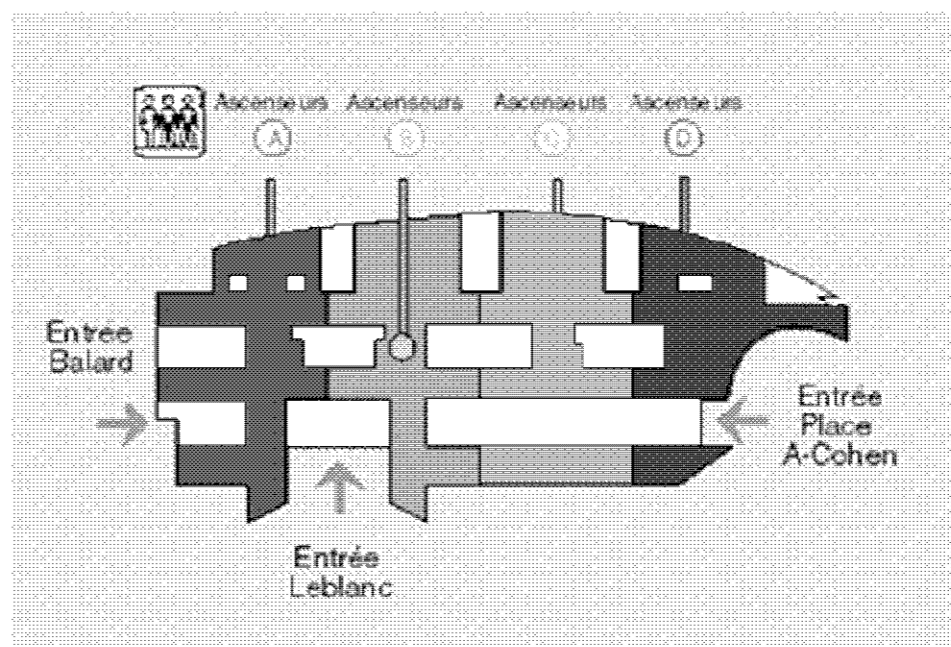
Denominazione	Charité Hospital
Connotazione	Il Charité è un'organizzazione che gestisce diverse strutture ospedaliere divise in diversi Campus principali: - Campus Berlin-Mitte (il campus più antico), - Campus Rudolf-Virchow (ospedale universitario, ex ospedale psichiatrico, sede del German Heart centre, uno dei più famosi centri di cardiocirurgia d'europa)) - Campus Berlin Buch, - Campus Benjamin Franklin dedicato all'insegnamento universitario
Funzione universitaria	Svolge la funzione universitaria collaborando con tutte le università di Berlino, quali la Rudolph-Virchow e la Free University of Berlin.
Tipo di gestione	Il Charité è completamente pubblico.
Raggio di azione	Tutta l'area metropolitana di Berlino e la regione del Brandeburg
Bacino di utenza	Circa 6 milioni di abitanti.
Localizzazione	<p>Gli ospedali affiliati con il Charité si collocano sia nel centro di Berlino sia nella sua periferia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Charité Campus Benjamin Franklin Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin ●Charité Campus Buch im Helios Klinikum Berlin Robert-Rössle-Klinik: Lindenberger Weg 80, 13125 Berlin Franz-Volhard-Klinik: Wiltbergstraße 50, 13125 Berlin ●Charité Campus Mitte (Sitz des Vorstandes) Charitéplatz 1, 10117 Berlin ●Charité Campus Virchow-Klinikum Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin 
Struttura	3.240 posti letto

Entrata in servizio	Il campus Berlin Mitte è la struttura più antica e la sua costruzione risale alla fine del 1700. Il complesso è stato ripetutamente ammodernato fino all'ultimo grande adattamento che risale al 2003.
Tipologia di servizi	Svolge funzioni di: <ul style="list-style-type: none"> - Ricovero e cura. - Ricerca, che coinvolge 3.000 ricercatori e medici. - Formazione e training per circa 8.800 studenti.
Modello organizzativo	La struttura organizzativa del Charité risulta molto complessa data la dispersione delle strutture sul territorio e il numero di lavoratori che supera i 15.000. Nel 2003 la struttura ospedaliera è stata completamente ripensata. I diversi centri ed istituti sono stati raccolti sotto la medesima gestione e divisi in 17 centri di competenza (i cosiddetti Charité-Centers”) per 128 dipartimenti.
Poli e Dipartimenti	17 Centri e Istituti, 128 dipartimenti
Discipline specialistiche principali	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina di base • Odontoiatria • Laboratori di Diagnostica • Medicina Nucleare e radiologia • Chirurgia • Traumatologia • Medicina Metabolica e Gastrointestinale • Medicina cardiovascolare • Dermatologia • Cardiologia • Oncologia • Neurologia • Psichiatria • Oftalmologia • Otorinolaringoiatria • Ginecologia • Medicina prenatale • Pediatria • Nefrologia
Innovazione tecnologica	Informazione non disponibile.
Programma edilizio	Non disponibile.
Fonti	http://www.charite.de/de/

Scheda Nr. 6 – Hopital Européen G. Pompidou, PARIGI (F)

Denominazione	HOPITAL EUROPEEN GEORGES-POMPIDOU BROUSSAIS - H.E.G.P. Groupement hospitalier universitaire Ouest
Connotazione	Ospedale misto di ricovero e ricerca universitaria.
Funzione universitaria	Non si tratta di ospedale universitario ma l'ospedale è collegato all'università René-Descartes. Le strutture dedicate alla ricerca "incorporate" nell'ospedale sono 8 unità dell'INSERM, 2 unità del CNRS, laboratori universitari, un Centro d'investion Clinique, un'unità di ricerca Clinica e una unità di Epidemiologia Clinica.
Tipo di gestione	L'APHP – Assistance Publique Hopitaux Paris – coordina tutti gli ospedali di Parigi. Bilancio di investimento (in M€) : 235.400 – Bilancio di esercizio (in M€) : 12.300 (Dati 2005)
Modello organizzativo	//
Bacino di utenza	Copre gli arrondissement VII, XV e XVI di Parigi, zona ovest. Costruito nel 1993 con l'intenzione di accorpare tre ospedali Boucicaut (Paris 15e), Broussais (Paris 14e), Laennec (Paris 7e). Circa 500.000 abitanti
Localizzazione	<p>20, rue Leblanc 75 PARIS 15ème</p> 
Entrata in servizio	1993
Tipologia di servizi	Cure mediche e Ricerca
Struttura	La struttura si estende su una superficie di circa 120.000 mq.

Levstrutture adibite a ricerca coprono circa 4500 mq ripartiti in un edificio di 7 piani.



Tre aree in cui si articola l'attività dell'ospedale:

1) Area Clinica:

- a) Polo Emergenze e reti: Ortopedia e traumatologia, Pronto soccorso, Geriatria, Immunologia clinica, Medicina interna, Psicologia e psichiatria, Rianimazione, Diabetologia, Cure palliative
- b) Polo Oncologia e specialità chirurgiche e medicali: Stomatologia, Chirurgia toracica, Cure intensive, Chirurgia Ginecologica, Chirurgia Oncologica, Epato-gastroenterologia, Oncologia - - radioterapia, Pneumologia
- c) Polo Cardio – Vascolare: Cardiologia medica, Chirurgia Cardiovascolare, Medicina vascolare, Nefrologia, Radiologia vascolare
- d) Polo prevenzione e riabilitazione: Medicina preventiva cardiovascolare, Ortopedia, Riabilitazione cardiaca, Riabilitazione vascolare

2) Area medico-tecnica

- a) Polo Biologia – Medicamenti: Lab anatomopatologia, Lab Biochimica, Lab di genetica, Lab Ematologia, Lab Immunologia, Lab Microbiologia, Farmacia, Farmacologia – Tossicologia
- b) Polo Diagnostica: Diagnostica, Fisiologia e medicina nucleare, Servizi di radio vascolologia

3) Unità trasversali

- a) Polo anestesia e rianimazione chirurgica
- b) Centro francese di Sangue
- c) Medicina del lavoro
- d) Servizio alimentazione
- e) Servizio tossicodipendenza
- f) Rieducazione
- g) Direzione di informazione ospedaliera

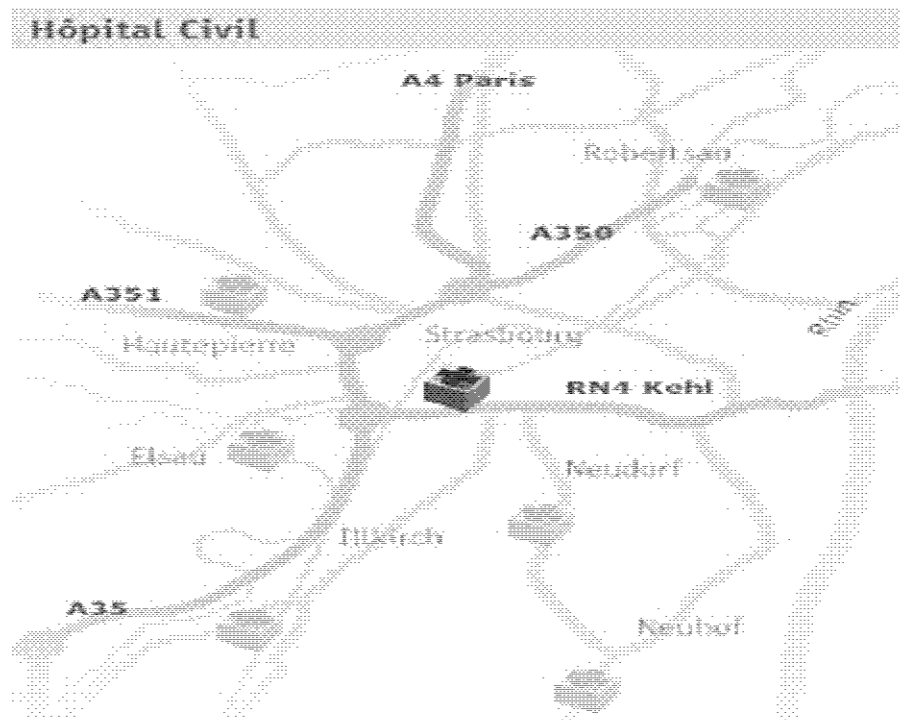
Poli e Dipartimenti

Discipline specialistiche principali

- Ortopedia e traumatologia,
- Pronto soccorso,
- Geriatria,
- Immunologia clinica,
- Medicina interna,
- Psicologia e psichiatria,
- Rianimazione,
- Diabetologia,
- Cure palliative

	<ul style="list-style-type: none"> • Stomatologia, • Chirurgia toracica, • Chirurgia Ginecologica, • Chirurgia Oncologica, • Chirurgia Cardiovascolare • Epato-gastroenterologia, • Oncologia - -radioterapia, • Pneumologia • Nefrologia, • Radiologia vascolare • Medicina preventiva cardiovascolare, • Riabilitazione • Farmacologia • Tossicologia • Diagnostica
Innovazione tecnologica	<p>Apparecchiature a disposizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 IRM ▪ 2 scanner ▪ 3 Camere gamma ▪ 6 attrezzature per angiografia ▪ 6 postazioni per l'emodialisi ▪ 1 tomografia per emissione di positroni
Programma edilizio	<p>Esiste attualmente un piano di interventi avviato nel 2004 per il miglioramento delle strutture edilizie tra le quali è prevista la costruzione di una nuova struttura dedicata alle attività di ricerca ed innovazione.</p> <p>Il piano di ammodernamento prevede anche l'aggiornamento dei sistemi informatici.</p>
Fonti	<p>http://www.hegp.fr</p>

Scheda Nr. 7 – Hôpitaux Universitaires - STRASBOURGO (F)

Denominazione	CHU - Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Connotazione	Un'agenzia pubblica che gestisce 6 strutture universitarie dell'area di Strasburgo
Funzione universitaria	Il CHU dispone di relazioni privilegiate con le facoltà universitarie di medicina, farmacia e di odontoiatria. Oltre che con l'Università mantiene stretti legami anche con 8 scuole ed istituti, quali la scuola di ostetricia, infermieristica, massoterapia, puericultura, anestesisti, cure d'emergenza.
Tipo di gestione	
Raggio di azione	Tutta la Regione dell'Alsazia.
Bacino di utenza	796.464 (dati 2005) di consultazione di cui: - 71.929 pazienti ricoverati, - 93.777 pazienti accolti al Pronto soccorso, - 35.640 interventi chirurgici.
Localizzazione	<p>Il complesso ospedaliero è articolato intorno all'ospedale civile che si trova in prossimità del centro città:</p>  <p>The map shows the city of Strasbourg with the Hôpital Civil located near the center. Other hospitals are marked: Hautepierre to the west, Robertsau to the north, Neuhof to the south, and Hospital de la Robertsau (geriatric) to the northeast. Major roads like A4 Paris, A350, RN4 Kehl, A351, and A35 are also indicated.</p>
Struttura	<p>Il polo ospedaliero dispone delle seguenti strutture:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Hôpital Civil: 45 edifici/padiglioni, 23 ettari di superficie, 895 letti, 27 posti per l'emodialisi, per 34 reparti; 8. Hospital de Hautepierre: 1 edificio di 12 piani, 1017 letti, 5 posti per l'emodialisi, per 28 reparti; 9. Hospital de la Robertsau (polo geriatrico): 8 padiglioni su 10 ettari di superficie. con 395 letti, per 2 tipi di cure; 10. Hospital Lyautey (solo servizi di pneumatologia), con 45 letti; 11. Hospital de l'Elsau (centro di psichiatria per l'infanzia e adolescenza) con 12 letti; 12. Hospital du Neuhof (casa di riposo) con 98 letti; 13. per un totale di 2462 (dati complessivi 2005) posti letto. <p>Il Personale impiegato è costituito da circa 10.859 dipendenti (dati 2005), di cui 2.410 come personale medico, 8.444 personale non medico.</p>

<p>Entrata in servizio</p>	<p>Si tratta di un sito storico che ha da sempre ospitato la struttura ospedaliera che è stata ed è tuttora progressivamente ingrandita ed ammodernata (cfr oltre il Programma edilizio).</p>
<p>Tipologia di servizi</p>	<p>Il CHU si occupa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Cure</u>: sono a disposizione nelle varie strutture i reparti di medicina, chirurgia, ginecologia e ostetricia, psichiatria, odontoiatria, riabilitazione. Comprende anche una casa di riposo. - <u>Insegnamento</u> - <u>Ricerca</u>: la ricerca clinica è al centro del piano di sviluppo medico dell'ospedale. In particolare gestisce la ricerca la Delegazione alla ricerca clinica del CHU che è formata da diversi gruppi di lavoro: <ul style="list-style-type: none"> ▪ la Direzione della Ricerca Clinica (DRC) incaricata della gestione amministrativa e finanziaria della ricerca; ▪ il Centro d'Investigazione Clinica (CIC) che collaborando con l'Inserm e varie Università della zona mette a disposizione le risorse tecniche ed umane alla ricerca; ▪ l'Unità di Coordinamento di Biologia e delle tematiche cliniche (UCBEC) che svolge il ruolo di interfaccia e di promotore della ricerca clinica; ▪ il Centro delle Risorse Biologiche (CRB) che mantiene e gestisce le banche dati delle ricerche svolte.
<p>Modello organizzativo</p>	<p>La gestione è a capo della CHU che gestisce in maniera unitaria e sinergica tutte e sei le strutture. La direzione (vedi organigramma in dettaglio) è divisa nei seguenti dipartimenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Dipartimento Progetti e Politica medica</u>: comprende le funzioni di sviluppo strategico, governance, ricerca clinica e innovazione, progetti e programmi di sanità pubblica e gestione delle situazioni d'emergenza; - <u>Dipartimento delle Relazioni Sociali</u>: gestisce i rapporti con le parti sociali, le scuole e i centri di formazione, le risorse umane di tutte le 6 strutture, sistema organizzativo; - <u>Dipartimento di coordinamento delle cure, attività infermieristiche e cure riabilitative</u> - <u>Dipartimento Gestione delle finanze, dei sistemi informatici e della qualità</u>: comprende le funzioni di controllo di gestione, audit interno, budget, accreditamento, controllo qualità, sistemi informatici; - <u>Dipartimento gestione degli investimenti e della logistica</u>: progetti di ampliamento, risorse tecniche e di investimento, attrezzature - <u>Dipartimento di gestione generale delle strutture</u>: patrimonio, sicurezza e incendio, sicurezza dei beni e delle persone, per tutte e 6 le strutture. <div style="text-align: center;"> <p>Organigramme de l'équipe de direction 2 avril 2007</p> <p>Directeur Général P. Guillo</p> <p>Directeur Général Adjoint J-F. Lanot</p> <p>Pôle de Gestion des Projets et de la Gouvernance M. Pénard</p> <p>Pôle de Gestion des Relations Sociales A. Brugière</p> <p>Pôle de Gestion des Services Médicaux et de la Qualité E. Wiltz</p> <p>Pôle de Gestion des Activités de Développement et de la Qualité H. Pénard</p> <p>Pôle de Gestion des Investissements et de la Logistique C. Krencker</p> <p>Pôle de Gestion des Sites E. Heller</p> </div>
<p>Discipline specialistiche principali</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina, • Chirurgia, • Ginecologia e Ostetricia, • Psichiatria, • Emodialisi, • Cure riabilitazione, • Riabilitazione di persone anziane, • Cure di lunga degenza, • Casa di cura.

Innovazione tecnologica	A disposizione del CHU vi sono le seguenti apparecchiature tecniche: 1 TEP-TDM, 4 scanner, 3 gamma camera, 3 IRM, 2 sale d'angiografia, 1 sala d'angiografia in 3D, 1 sala di angiocardigrafia, 1 osteodensitometro, 20 echodoppler a colori, 2 app. echoendoscopia, 60 sale operatorie, 4 cec (circolazione extra-corporea), 4 bisturi a radiofrequenza, 20 sistemi di endoscopia operatoria, 1 bara iperbarica, 1 photocoagulatore.
Programma edilizio	È in previsione la costruzione di un nuovo ospedale il cui cantiere è in fase di avvio.
Fonti	http://www.chru-strasbourg.fr/Hus/

Bibliografia

1. Roberts JS, Coale JG, Redman RR. *The history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. JAMA 1987; 258: 936-41.
2. Taylor K, Donald D. *A comparative study of Hospitals Licensure Regulations*. Berkeley: University of California School of Public Health 1957.
3. Commission on Chronic Illness. *Care of the longterm patient*. Cambridge (MA): Harvard University Press 1956.
4. Bennet D, Bion J. *Organization of intensive care*. BMJ 1999; 318:1468-70.
5. Haldman J, Abdellah F. *Concepts of progressive patient care*. Hospitals 1959; 41: 33-8.
6. Somers H, Somers A. *Medicare and the hospitals*. Washington: The Brookings Institution, 1967.
7. Guzzanti E. *L'evoluzione e le prospettive della assistenza ospedaliera in Italia. Ricerca sui servizi sanitari* 1997; 1:15-66.
8. Burrows M et al. *Management for hospital doctors*. Oxford: Butterworth-Heinemann 1994.
9. Scottish Home and Health Department. *Organization of hospitals service in Scotland*. Edinburgo: HMSO 1967.
10. Ministry of Health. *Organization of medical work in hospital*. London: HMSO 1967.
11. Heysell R et al. *Decentralized management in a teaching hospital*. N Engl J Med 1984; 310:1477-80.
12. Institute of Medicine: *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington 2001.
13. Guzzanti E, Mastrobuono I. *La day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo*. Organizzazione Sanitaria 2006; 2: 3-33.
14. McKee M. *Reducing hospital beds*. Copenhagen: European Observatory on health systems and policies. Glasgow: Open University Press 2004
15. Guzzanti E. *L'ospedale verso il 21° secolo. Atti della Seconda conferenza europea sull'ospedale*. Roma: UCSC-CNETO 1993.
16. Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary care in the driver's seat?* European Observatory on health systems and policies. Glasgow: Open University Press 2006.
17. Department of Health. *Keeping the NHS local: a new direction of travel*. London 2003.
18. Wittemberg R et al. *Funding long-term care*. European Observatory on health systems and policies. Glasgow: Open University Press 2002.
19. Comitato nazionale per la biosicurezza e le biotecnologie. *Linee guida per l'istituzione e l'accreditamento delle biobanche*. Roma: Presidenza del Consiglio dei ministri 2006.
20. Cox A, Groves P. *Design for health care*. London: Butterworth 1981.
21. *Nuovo modello di ospedale*. Proposta R. Piano. Roma: Ministero della Sanità 2001.
22. Joint Cmmission, *The hospital of the future*, 2007.
23. McKee M, Healy J. *Hospital in a changing Europe*, Buckingham, Open University Press, 2002.
24. Bloom A. *Hospital co-locations: private sector participation in the hospital sector*. In Bloom A. *Health reform in Australia and New Zeland*, Melburne, Oxford University Press, 2000.
25. Atun RA, McKee M. *Is the private finance initiative dead?* BMJ 2005, 331:792-793.
26. Sveman E, Esinger K. *Procurement of health care services in Sweden in general and the example of procurement of acute care in the Stockholm Region*. In *European integration and health care systems: a challenge for social policy*. Stockholm, Swedish Fderation of County Councils, 2001.
27. Pollock M et al. *What happens when the private sector plans hospitals services for the NHS: three case stusies under the private finance initiative*. BMJ 1997; 314:1266-71.
28. Auerbach L. *Issues raised by public-private partnership in Ontario's hospital sector*. Ottawa, Canadian Health Coalition, 2002.
29. McKee M, Edwards N, Atun R. *Public-private partnership for hospitals*" in Bulletin of the World Health organization, 2006, 84:890-896.



Nuovo Polo di Padova

ALLEGATO B

RACCOLTA DI RIFERIMENTI PER LA CONNOTAZIONE DEL NUOVO POLO

RACCOLTA DI RIFERIMENTI PER LA CONNOTAZIONE DEL NUOVO POLO

Per individuare gli elementi in grado di conferire al nuovo Polo le caratteristiche volute, si è fatto riferimento alle esperienze similari più recenti in campo internazionale, indagandone gli aspetti in grado di connotarle sia in termini di missione che si intende affidare alla struttura sia in termini di visione prospettica della stessa.

Di seguito vengono riportati i riferimenti maggiormente significativi emersi dall'indagine e tenuti in conto nella stesura del Documento Preliminare Strategico in quanto ritenuti in linea con le aspettative istituzionali connesse al nuovo Polo.

Parole Chiave

GUARIRE-INSEGNARE-SCOPRIRE
Pazienti soddisfatti-Studenti entusiasti-Maestri appassionati-Pensatori liberi: insieme per cambiare il mondo

(University Hospital Case Medical Center – Cleveland)

To Heal. To Teach. To Discover

(Johns Hopkins Hospital – Baltimora)

Engaged students; passionate teachers; independent thinkers; learning together ... to change the world

(Presbyterian Hospital – New York)

Word class physician and scientist

(Geisinger Medical Center - Danville)

Advancing the possibilities

(Vanderbilt medical center – Nashville)

Hearts and Minds

La Vision ¹

I nostri pazienti, prima di tutto:

- la priorità più alta è la sicurezza e il benessere dei nostri pazienti
- ci prendiamo cura di tutti i pazienti, senza distinzione, con la loro collaborazione e con quella di famiglie ed amici
- vogliamo un ospedale, certificato da organismi indipendenti internazionali, i cui risultati siano pubblicati in completa trasparenza e dove si assicurano i più elevati standard di assistenza in tutte le aree cliniche

¹ Riferimenti principali:

- Presbyterian Hospital – New York (USA)
- Beth Israel Deaconess Medical Center – Boston (USA)
- Leeds Teaching Hospitals NHS Trust – Leeds (UK)
- Ospedale Santorsola Malpighi – Bologna (I)

Il nostro personale è la chiave del successo:

- vogliamo “ingaggiare” e trattenere i migliori professionisti della salute
- intendiamo valorizzare tutte le risorse che, indipendentemente dalla loro funzione, contribuiscono alla cura dei nostri pazienti
- crediamo che l’onestà, la responsabilità, l’innovazione e l’efficienza siano importanti sia nel breve che nel lungo periodo
- lavoriamo per essere un gruppo integrato per migliorare la cura del paziente e le prestazioni

Un ambiente nel quale ricercatori e clinici conseguono risultati al più alto livello, trasferibili al mondo produttivo:

- saremo all’avanguardia dell’innovazione medica, sviluppando nuove cure, trattamenti e tecnologie
- promuoveremo la diversità nelle persone, nelle esperienze, nelle prospettive e nel pensiero
- lavoreremo in collaborazione con gli altri ospedali, per progredire insieme nelle scienze mediche e nell’addestramento dei migliori professionisti
- guideremo il mondo produttivo a noi collegato nello sviluppo e nella produzione della nuova generazione di cure
- cercheremo la competitività attraverso investimenti capaci di generare ritorni alternativi, nuovi capitali, donazioni e trasferimento di tecnologie

Una Struttura che si cura della persona

(University of Pennsylvania - Philadelphia) The human spirit and extraordinary nursing knowledge reign strong at the University of Pennsylvania Health System. With a long, rich history of nursing excellence, our health system and its entities strive to provide our patients with the care, comfort, monitoring and action that matters most during their times of need. You see the spirit and knowledge of our nurses and the strength of their commitment down every hallway and in every patient room.

Nurses are driven by their knowledge to act, whether it's with patients and their families or each other. We support their efforts because we know that what drives them to help – wherever and whenever they can – is what makes them the very best at what they do.

(Scott and White - Temple) Improving life one child at a time. Meeting the healthcare needs of children from newborns to teenagers, The Children's Hospital provides services in a comforting setting designed for kids and their families. For 25 years, Scott & White has provided specialized care for sick infants, ranking in the top 3 percent for the survival rates of these fragile newborns.

(Brigham and Women's Hospital - Boston) Women's health: transforming care for women of all age. For close to 175 years, Brigham and Women's Hospital has been the most trusted name in women's health – a world leader in helping women live longer, healthier lives. From routine and complex gynecology and obstetrics to advanced gender-specific care in all areas of health, we are leading the way in women's health.

Our team works to improve the health of women and transform their care. Our vision is that each woman will receive care that is informed by a deep understanding of sex and gender differences in biology, physiology, and response to disease, with the goal of better health and quality-of-life.

Our services are delivered with the care and compassion you would expect from an organization that has been consistently ranked as one of America's best hospitals on the U.S. News & World Report® Honor Roll, and as one of the top women's health providers in the country.

Una Struttura innovativa nei servizi alla persona

(Bethesda Hospital - New York) Family-centered amenities:- new patient rooms are private, nearly twice the size of current rooms with:

- pull-out couches for family members
- DVD and CD players
- lat screen TVs
- internet access
- multiple lighting options

(New York Presbyterian Hospital) Your Patient Liaison will assist you in making hotel reservations and, if need be, advise you on special lodging for guests.

We will communicate with local embassies/consulates and also provide assistance with visa extensions. International Patient Liaisons can provide you with options for your local travel needs. We can make the necessary arrangements for your transportation to and from the area airports as well as make arrangements for transportation during your stay in New York. Our Financial Counselors are ready to assist you in banking and fund transfers, currency conversions and verification of insurance benefits, if appropriate

We will provide you with an estimate of charges for physician and hospital services as well as arrange for pre-admission deposits and special packages.

(University of Kentucky – Lexington) Interactive body; Interactive tools; Test and procedure

(Emory University Hospital - Atlanta) Emory Healthcare podcasts offer you the opportunity to hear directly from our many medical experts about services and procedures available for your health and well-being.

Note: Audio files are in mp3 format. Video files are in RealPlayer format.

(Vanderbilt medical center – Nashville) Hear stories from real patients in their own words. Click on any photo below.

(New York Presbyterian Hospital) Each year, thousands of patients from every corner of the globe come to NewYork-Presbyterian Hospital. Among them, distinguished heads of state, and leaders in business, the arts and entertainment – all seeking the highest quality medical care and treatment.

Una Struttura su cui la società vuole investire

(St John Hospital – Detroit) Your Donations Make a Real Difference. Philanthropy is Important to Your Health and Our Success in Serving All Who Need Care.

St. John Health is committed to providing the highest quality patient care experience every day, everywhere, for everyone. Delivering that top level of care depends, to a great extent, on financial resources of which philanthropy is a significant source.

Your donations help us:- build and expand health care facilities - acquire the latest medical technology

- educate our medical staff- enhance community programs- serve the poor, a special part of our mission.

As a non-profit organization, St. John Health provides millions of dollars in uncompensated care each year for those in need.

It's Your Gift... Your Choice -Thank you for considering a gift to St. John Health.

You may designate your gift to the hospital or program of your choice. Your donation may be made in memory or tribute of a loved one, to commemorate a special event or to honor a caring doctor or nurse. Your gift – of any amount – makes a real difference.

Promuovere, facilitare, accogliere

(Vanderbilt Medical Center – Nashville) Participation in any one of the Summer Science Academy program is a valuable learning experience that enhances a student's skills and makes him or her more competitive.

(John Hopkins Hospital - Baltimore) Approximately 140 faculty are affiliated with INBT and are also members of the following Johns Hopkins institutions: Krieger School of Arts and Sciences, Whiting School of Engineering, School of Medicine, Bloomberg School of Public Health, and Applied Physics Laboratory.

Research at INBT is concentrated in three core areas:

- Diagnostics & Therapeutics: Research at INBT focused in this area includes biosensors, drug and gene therapy, DNA nanoparticles, functional tissue engineering, diagnostic imaging, and protein engineering.
- Health and the Environment: Research at INBT includes nano-toxicological studies, public health and environmental effects of nanotechnology, and environmental remediation using nanotechnology.
- Cellular & Molecular Dynamics: Research at INBT focused in this area includes cell signaling and interactions, molecular imaging, protein folding, and real-time visualization inside cells.

(Coventry and Warwickshire Hospitals) Facilities include:

- 250 seat modern lecture theatre, IT enabled at each seat position
- Seminar rooms with IT links to main lecture theatre and key locations within the hospital
- Full size mock ups of operating theatre and ward to train staff in modern techniques
- Learning resources in a modern library setting with IT connections for over 250 laptops
- National, international conferencing facilities
- Research laboratories

(University of Kentucky Hospital - Lexington) Facilities include:

- Interactive body
- interactive tools
- test and procedure

(Vanderbilt Medical Center – Nashville) The Vanderbilt Summer Science Academy (VSSA) offers biomedical research opportunities to undergraduates who want to pursue a career in the biomedical sciences. Although each participating programs operates independently, the academy unites students and provides them with opportunities for academic and social interaction.

Sentire l'identità

(University Hospitals Coventry and Warwickshire) Nurses vote Coventry and Rugby Hospitals amongst the best UK hospitals to work for nurses have rated University Hospitals Coventry and Warwickshire NHS Trust (UHCW) as one of the top UK Hospital Trusts to work for.

The Hospital Trust, which manages University Hospital in Coventry and the Hospital of St Cross in Rugby, has been highlighted in the Nursing Times awards as an organisation nurses are proud to

work for, where they can be assured of a challenging and rewarding career and where they can feel enabled to do what they chose to do in the first place - 'giving the very best care to their patients'. The Nursing Times awards celebrate the very best in employment practice and includes the following factors:

- * strong nursing leadership
- * flexible and family friendly practices
- * openness and ability to listen to staff
- * level of staff involvement, training, development and mentorship

Utilizzare la diversità

(Vanderbilt Medical Center – Nashville) I've always believed that the best environment for learning is a diverse environment. We want the reputation of Vanderbilt to be one that welcomes diversity of all kinds.

(Barts Hospital - London) A sophisticated, life-size dummy which breathes, blinks, moves and talks is the centrepiece of the Medical Simulation Centre, a state-of-the-art training facility for doctors and other healthcare professionals. The Medical Simulation Centre, reproduces as closely as possible the actual experience of treating a patient for healthcare professionals.

The simulation centre can be transformed into a ward, maternity unit, A&E or ITU environment – with adjoining control and debriefing rooms. It is one of only four simulation centres in the country which can be used to train doctors, medical students, nurses, midwives, dentists, other theatre staff and paramedics.

Using high technology and a one-way mirrored control room, as well as a radio link with the instructor, the dummy can be programmed to simulate different medical conditions. It then replicates the appropriate physical response to particular interventions and drugs. Real monitors display the

(Beth Israel Deaconess Medical Center - Boston) Leading Edge Medical and Surgical Simulation Training

(Scott and White - Temple) We would like to welcome you to our Clinical Simulation Center located in Temple, Texas on the Temple College Campus. We assume that every participant is intelligent, well-intentioned and motivated to learn and embrace a culture of patient safety. We provide a learning environment that is confidential, safe for experimentation, supportive, respectful and challenging for the purpose of growth.

Simulation Teaching Assessment and Research Services (STARS) provide access to a full spectrum of clinical simulation technologies and professional educational support for the use of clinical.

Examples of Simulation Teaching, Assessment and Research Services:

- Faculty Development in Clinical Simulation for Teaching
- Guide faculty through case development process
- Construction of assessment instruments
- Running and debriefing of various scenarios/cases
- Identification of curricular tools and technologies most appropriate to educational goals
- Consultation regarding faculty research and educational interests
- Provide faculty with practical, high quality peer review and objective practical feedback on teaching using clinical simulation
- Supporting High Quality Competency Assessments Using Clinical Simulation
- Support departments and individual faculty in designing appropriate simulation scenarios and case scripts for assessment of targeted competencies.
- Supporting and Promoting of Excellence in Educational Research Using Clinical Simulation
- To promote clinical simulation educational practices that are based on sound theory and evidence from peer-reviewed research literature

Office for Diversity in Medical Education:

- initiative for Maximizing Student Diversity
- Universities have joined in an initiative to increase the number of underrepresented minorities entering careers in biomedical research. The goal is to improve the academic competitiveness of underrepresented minorities and to facilitate their transition into biomedical research
- Short Term Training Program

Bridges Programs

Sistema all'avanguardia

'patient's' vital signs to the people being trained so they can assess the patient's progress – as they would in a real-life situation.

Audiovisual equipment is available so that video recordings of training scenarios can be played back for teaching purposes.

The simulator provides the closest situation to the real thing without any risk to patients, so that doctors, medical students and others can rehearse both routine and less common, life-threatening, events.

The centre, which is part of the Medical and Dental Education Department runs multiprofessional courses, training midwives, surgeons and anaesthetists together, as advocated by the Department of Health.

- To support faculty in evaluating outcomes for simulation-based education projects
- To disseminate new theory and evidence on simulation based education in the health care professions
- Outstanding workshops and seminars designed to establish Scott & White/Texas A&M University System Health Science Center/College of Medicine (TAMUS HSC COM) visibility and leadership in patient safety and health care professions education using clinical simulation.

Sistema al centro

(Johns Hopkins Hospital - Baltimore) Managing Performance: In health care organizations, an unexamined clinical program or operational function can be the cause of negative, even harmful outcomes. Hopkins shares with international partners methods for using collected data to achieve a strategic advantage in the health care industry.

Here are a few areas where Hopkins and its affiliates—such as the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health—have helped our international partners improve quality, reduce costs and increase productivity:

- Utilization and Risk Management
- Pricing Systems Analysis
- Nursing Management Consulting
- Architectural Design Review
- Capital Equipment Purchase Consulting
- Human Resources Consulting
- Laboratory Management Consulting
- Customized Administrative Training Programs
- Service Excellence Training for Staff

(Beth Israel Deaconess Medical Center -Boston) Research trials office: Clinical trials are an integral part of the full spectrum of research performed at Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC).

The mission of the Clinical Research Office is to become an internationally recognized clinical trials center, known for its excellence in clinical research management by the industry, the National Institutes of Health (NIH) and academic medical centers.

Our vision is to centrally provide a comprehensive program of support for sponsored clinical research which meets the needs of investigators, sponsors, ensure compliance and furthers the mission and world class reputation of BIDMC. We are also dedicated to facilitating the development of powerful research relationships within the medical center and with external organizations.

The Clinical Research Office is comprised of a group of highly knowledgeable and business-minded professionals with over 25 years of combined healthcare industry expertise. Staffed with financial analysts, contract specialists and regulatory experts, this centralized office offers a variety of services

(John Hopkins Hospital - Baltimore) Sponsored Projects Handbook:

I. Introduction

II. Identifying Sources of Funding

III. Proposal Preparation

IV. Administrative Review and Special Clearances

V. Post Award Procedures

VI. Inventions, Patents, License Agreements

Appendix A: Research Administration Contact List

Appendix B: School of Medicine Information Sheet

Appendix C: Indirect Costs Rates and Fringe Benefits Rates

Appendix D: Components of Indirect Costs

Appendix E: Modular Grant Applications

Appendix F: DoD Online Proposal Submissions

Appendix G: Institutional Official Signing Authority Memo

Appendix H: Subcontract Information Sheet

(John Hopkins Hospital - Baltimore) CORE Research Facilities:

- Clinician Scientist Career Development Awards

- Institutional Research Grant Program Guidelines

Essere al centro di una rete produttiva

(Beth Israel Deaconess Medical Center) The mission of the Technology Ventures Office (TVO) is to promote public utilization of Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC) technologies for society's use and benefit and to foster alliances with industry through collaboration and licensing agreements, while generating unrestricted income to support research at our institution.

TVO evaluates, patents, markets, and licenses BIDMC faculty inventions. The office manages patent prosecution, and negotiates license, option, corporate sponsored research, material transfer, and confidentiality agreements. TVO distributes royalty income derived from technology transfer among inventors, their laboratories, their departments, Research Fund, and the Medical Center's general fund according to BIDMC policy.

TVO is comprised of a group of technically trained and business-oriented professionals. We work with biomedical companies, venture capitalists, and entrepreneurs to find the best way to commercialize new technologies, and to promote corporate collaborations that can increase our level of industrial support for research.

Essere al centro di una rete di ospedali

(John Hopkins Hospital - Baltimore) Global Collaborations seeks to improve international health care by sharing Hopkins models in patient care, offering education programs and facilitating research collaboration. By accessing the experts at Johns Hopkins Medicine, Global Collaborations helps international partners excel regionally and serve as examples of excellence internationally. Among these: The Bologna Center is the only full-time, resident American graduate school of international relations in Europe; Villa Spelman is a Villa in Florence, Italy, houses Arts and Sciences' Center for Italian Studies.

Essere un punto di riferimento per i medici italiani specialisti e di cure primarie

(Coventry and Rugby Hospitals) A record number of patients have chosen Coventry and Rugby Hospitals for their treatment using the national Choose and Book appointment system. University Hospitals Coventry and Warwickshire NHS Trust which runs University Hospital and the Hospital of St Cross has been rated as the most successful UK Trust by the Department of Health for referrals from GPs via the Choose and Book computerised appointment system.

Since August last year over 16,000 patients have been referred to UHCW hospitals by their GP, using the national Choose and Book system.

Contribuire efficacemente al benessere sociale ed economico del Veneto

(John Hopkins Hospital - Baltimore) Discovery and technological innovation are only the first steps toward improved patient care. It's equally important to ensure that research advances move effectively from the laboratory to the bedside. The School of Medicine has become a leader in technology transfer, creating model conflict-of-interest policies that allow productive and ethical collaboration between Hopkins researchers and private industry.



Nuovo Polo di Padova

ALLEGATO C

PROGRAMMI EDILIZI

Programma edilizio
senza Urgenza

IL NUOVO POLO di PADOVA						Tutte le superfici sono espresse in m2									
S.U.L. Superficie Utile Lorda			PL	Indice	S.U.L.	S.C	S.C	S.U.L. Superficie Utile Lorda			PL	Indice	S.U.L.	S.C	S.C
S.C Superficie Complessiva					parziali	parziali	totali	S.C Superficie Complessiva					parziali	parziali	totali
MAJOR TEACHING & RESEARCH HOSPITAL (MTRH)															
SUBSISTEMA per L' ASSISTENZA								SUBSISTEMA per LA RICERCA							
Servizi clinico-assistenziali								Servizi di laboratorio e terapie innovative							
Area Critica								Funzioni Ricerca di Base							
Funzioni di Accoglienza ad Alta Assistenza								Laboratori di base e specialistici 2000 3,40 6800							
Accoglienza 1120 1,00 1120								Laboratori di diagnostica avanzata 2000 3,40 6800							
Stroke-Unit e Trauma Centre 1120 1,70 1904								Funzioni Ricerca Preclinica							
Centro Ustioni 1120 1,50 1680								Laboratori di base 2000 3,40 6800							
Unità spinale 1120 1,50 1680								Laboratori specialistici 2000 3,40 6800							
Trapianti 1120 2,50 2800								Laboratori di ricerca avanzata 2000 3,40 6800							
Funzioni di Osservazione Breve Intensiva								Terapia non convenzionale 2000 1,00 2000							
Terapie intensive 1120 2,50 2800								Terapia genetica 2000 1,00 2000							
Unità coronarica 1120 1,30 1456								Laboratorio di medicina molecolare 2000 3,40 6800							
Rianimazione e anestesia 1120 1,50 1680								Totale ricerca di Base e Preclinica (Area Biomedica)							
Totale m2 emergenza ed osservazione breve (Area Critica)								15120 21032							
Alta Assistenza per acuti (Area Medico-Chirurgica e Materno-Infantile)								Funzioni di Ricerca Clinica e Trasazionale							
Funzioni di Degenza continuativa								Laboratorio di base e specialistico 1120 3,40 3808							
Degenze ad alta assistenza 560 42,00 23520								Terapia convenzionale e non convenzionale 1120 1,00 1120							
Funzioni di Degenza diurna								Totale ricerca clinica e trasazionale							
Day Hospital , Day Surgery e Day service 160 42,00 6720								4928 6855							
Dialisi 1120 2,50 2800								Totale mq Servizi di laboratorio e Terapie innovative							
Totale mq Alta assistenza per acuti								49728 69172							
33040 45959								Servizi comuni alla ricerca							
Alta Assistenza per l'anziano (Area Geriatrica)								Funzioni di Facilities							
Funzioni di Accettazione								Laboratorio nuovi farmaci 2000 0,60 1200							
Reception e Accoglienza 400 2,00 800								Laboratorio animali transgenici 2000 0,80 1600							
URP/Servizi sociali 400 2,00 800								Imaging molecolare "in vivo" ed "in vitro" 2000 0,80 1600							
Volontariato 400 0,80 320								Funzioni di Utilities							
Servizi accessori e comfort 400 2,00 800								Piattaforme tecnologiche genomiche 2000 1,30 2600							
Funzioni di Degenza continuativa								Banca Campioni 2000 1,30 2600							
Degenze ad alta assistenza 60 42,00 2520								Bioinformatica 2000 1,30 2600							
Funzioni di Degenza diurna								Biostatistica 2000 1,30 2600							
Day Hospital , Day Surgery ,Day Service 340 42,00 14280								Epidemiologia clinica 2000 1,30 2600							
Totale m2 Alta assistenza per l'anziano								Funzioni di Studio e Ricerca							
19520 27152								Area studi e ricerche 2000 0,60 1200							
Totale m2 Servizi clinico-assistenziali								Totale m2 Servizi comuni alla Ricerca							
67680 94143								18600 25873							
Servizi diagnostici e terapeutici generali								TOTALE SUBSISTEMA per la RICERCA							
Funzioni di Chirurgia avanzata								68328 95044							
Chirurgia mininvasiva e diagnostica interventistica 2000 1,90 3800								SUBSISTEMA per L'INSEGNAMENTO							
Blocco operatorio (robotizzato e con trauma Center) 1120 4,50 5040								Servizi di didattica e formazione (Area Didattica)							
Blocco parto 1120 2,70 3024								Funzioni di Didattica in aula							
Funzioni di Diagnostica normale e avanzata								Aule con servizi di supporto							
Esami funzionali ed endoscopici 720 2,50 1800								Funzioni di Didattica applicata							
Cardiologia (con Emodinamica) 1120 0,80 896								Aule e servizi di supporto							
Cardiovascologia 720 0,80 576								Funzioni di Didattica simulata							
Neuroradiologia 1120 1,00 1120								Spazi per addestramento simulato e supporti							
Radiologia diagnostica ed interventistica 1120 3,50 3920								Funzioni di Didattica a distanza							
Diagnostica per immagini (TAC-PET) 1120 3,50 3920								Aule e servizi di supporto							
Diagnostica per immagini (RN) 1120 3,50 3920								Totale Servizi di didattica e formazione							
Medicina Nucleare 2000 3,50 7000								2000 7,20 14400 20030							
Radiologia radioterapica 1000 1,40 1400								Servizi interdisciplinari							
Medicina trasfusionale 1120 1,30 1456								Funzioni di Interscambio culturale							
Funzioni Ambulatoriali								Centri interdisciplinari 2000 7,9 15800							
Poliambulatori 720 3,80 2736								Aree e servizi di supporto 2000 2,9 5800							
Day Service 720 2,40 1728								Totale m2 Servizi interdisciplinari							
Totale m2 Servizi diagnostici e terapeutici generali								21600 30046							
42336 58889								TOTALE SUBSISTEMA per L'INSEGNAMENTO							
Servizi diagnostici e terapeutici per l'anziano (Area Geriatrica)								36000 50076							
Funzioni di Diagnostica specialistica								SUBSISTEMA di SUPPORTO GENERALE							
Esami funzionali ed endoscopici 400 2,50 1000								Servizi gestionali							
Cardiovascologia 400 0,80 320								Funzioni di Supporto logistico							
Neurologia 400 1,50 600								Servizio mortuario 1120 1,40 1568							
Centro specializzato (f osteoporosi e malattie da traumi) 400 1,50 600								Servizio religioso 1120 0,70 784							
Diagnostica avanzata 400 2,50 1000								Centrale di sterilizzazione 1120 1,50 1680							
Funzioni Ambulatoriali								Centrale Letti 1120 0,90 1008							
Poliambulatori specialistici (geriatria e gerontologia) 400 3,50 1400								Lavaggio carrelli 1120 0,90 1008							
Day service 400 2,40 960								Farmacia 1120 0,70 784							
Continuità ospedale-territorio 400 0,80 320								Sottolavanderia /Guardaroba 1120 1,50 1680							
Servizi di supporto (dietologico,psicologico, sociale) 400 2,40 960								Spogliatoi personale addetto (tranne quelli dei dip. degenza) 1120 1,50 1680							
Totale m2 Servizi diagnostici e terapeutici per l'anziano								Deposito centrale 1120 0,90 1008							
7160 9960								Mensa e cucina 1120 2,40 2688							
SUBSISTEMA per L' ASSISTENZA								Magazzini ed archivi 1120 0,30 336							
117176 162992								Funzioni Tecniche							
								Officine di manutenzione 1120 0,30 336							
								Area tecnica 1120 1,50 1680							
								Funzioni Amministrative							
								Uffici accettazione 1120 1,50 1680							
								Uffici direzionali 1120 1,30 1456							
								Totale m2 Servizi gestionali							
								19376 26952							
								Servizi pubblici e relazioni esterne							
								Funzioni di Pubblico servizio							
								Servizi pubblici (comprensivo di asilo nido) 2000 2,70 5400							
								Spazi per mostre e allestimenti 2000 0,40 800							
								Funzioni per Assistenza a distanza							
								Aree e Servizi a supporto 2000 0,40 800							
								Funzioni per Relazioni internazionali							
								Aree e Servizi a supporto 2000 0,40 800							
								Funzioni per Congressualità							
								Auditorium e area per sale conferenze 2000 1,50 3000							
								Totale m2 Servizi pubblici e relazioni esterne							
								10800 15023							
								TOTALE SUBSISTEMA di SUPPORTO GENERALE							
								30176 41975							
								TOTALE MAJOR TEACHING & RESEARCH HOSPITAL (MTRH)							
								350087							

SUBSISTEMA di SUPPORTO per la RECETTIVITA' (SSR)					
Servizi per la recettività					
Funzioni Alberghiere					
Residence e servizi di supporto	60	80	4800	6677	
Funzioni per Accessibilità e Mobilità					
Aree e servizi di supporto (Uffici)	2000	0,9	1800	2504	
Funzioni per la Residenza					
Residenze, Aree e Servizi di supporto (Campus)	6000	2,5	15000	20865	
Totale m2 Servizi per la recettività			21600	30046	
TOTALE SUBSISTEMA DI SUPPORTO (Generale e Recettività)			51776	72020	

PARAMETRI PER IL DIMENSIONAMENTO

a) PL Fisici di Alta Assistenze	720	Degenza continuativa	560
di cui	250	Degenza diurna	340
b) PL Fisici di Alta Assistenze	400	Degenza continuativa	60
di cui	340	Degenza diurna	300
c) PL Fisici totali	1120	Degenza continuativa	910
di cui	300	Degenza diurna	300
d) PL Equivalenti	2000	per la Ricerca, parte dei servizi diagnostici e parte dei supporti	
Residence	60	posti tra pazienti e visitatori	
Studenti Facoltà presenti e F.	2000	Per l'insegnamento	
	6000	Per il Campus	

Superficie Utile Lorda nuovo Polo (MTRH e SSR)	21600
Connettivo primario orizzontale e verticale ed opere edili (*30%)	6480
Superficie complessiva (escluse centrali)	28080
Centrali tecnologiche sottocentrali e cavedi (7%)	1968
TOTALE COMPLESSIVO del nuovo POLO (MTRH e SSR)	30046

Programma edilizio
con Urgenza

IL NUOVO POLO di PADOVA						S.U.L. Superficie Utile Lorda						S.C Superficie Complessiva																	
S.U.L. Superficie Utile Lorda						PL	Indice	S.U.L.	S.C	S.C	S.U.L. Superficie Utile Lorda						PL	Indice	S.U.L.	S.C	S.C								
S.C Superficie Complessiva						S.U.L. Superficie Utile Lorda						S.C Superficie Complessiva						S.U.L. Superficie Utile Lorda						S.C Superficie Complessiva					
MAJOR TEACHING & RESEARCH HOSPITAL (MTRH)						parziali						parziali						parziali						totali					
SUBSISTEMA per L' ASSISTENZA																													
Servizi clinico-assistenziali																													
Area dell'Urgenza																													
Accettazione	1120	2,40	2688																										
Pronto soccorso con diagnostica dedicata	1120	3,50	3920																										
Astanteria e Osservazione Breve Semintensiva	1120	2,40	2688																										
Medicina di Urgenza	1120	1,50	1680																										
Cura della persona	1120	1,50	1680																										
Emergenza pediatrica	1120	1,50	1680																										
Totale m2 area dell'urgenza			14336				19941																						
Area Critica																													
Funzioni di Accoglienza ad Alta Assistenza																													
Accoglienza	1120	1,00	1120																										
Stroke-Unit e Trauma Centre	1120	1,70	1904																										
Centro Ulzioni	1120	1,50	1680																										
Unità spinale	1120	1,50	1680																										
Trapianti	1120	2,50	2800																										
Funzioni di Osservazione Breve Intensiva																													
Terapie intensive	1120	2,50	2800																										
Unità coronarica	1120	1,30	1456																										
Rianimazione e anestesia	1120	1,50	1680																										
Totale m2 emergenza ed osservazione breve (Area Critica)			15120				21032																						
Alta Assistenza per acuti (Polo Medico-Chirurgico)																													
Funzioni di Degenza continuativa																													
Degenze ad alta assistenza	560	42,00	23520																										
Funzioni di Degenza diurna																													
Day Hospital , Day Surgery e Day service	160	42,00	6720																										
Dialisi	1120	2,50	2800																										
Totale mq Alta assistenza per acuti			33040				45959																						
Alta Assistenza per l'anziano (Polo Geriatrico)																													
Funzioni di Accettazione																													
Reception e Accoglienza	400	2,00	800																										
URP/Servizi sociali	400	2,00	800																										
Volontariato	400	0,80	320																										
Servizi accessori e comfort	400	2,00	800																										
Funzioni di Degenza continuativa																													
Degenze ad alta assistenza	60	42,00	2520																										
Funzioni di Degenza diurna																													
Day Hospital , Day Surgery ,Day Service	340	42,00	14280																										
Totale m2 Alta assistenza per l'anziano			19520				27152																						
Totale m2 Servizi clinico-assistenziali			82016				114084																						
Servizi diagnostici e terapeutici generali (Polo Tecnologico)																													
Funzioni di Chirurgia avanzata																													
Chirurgia mininvasiva e diagnostica interventistica	2000	1,90	3800																										
Blocco operatorio (robotizzato e con trauma Center)	1120	4,50	5040																										
Blocco parto	1120	2,70	3024																										
Funzioni di Diagnostica normale e avanzata																													
Esami funzionali ed endoscopici	720	2,50	1800																										
Cardiologia (con Emodinamica)	1120	0,80	896																										
Cardiovascologia	720	0,80	576																										
Neuroradiologia	1120	1,00	1120																										
Radiologia diagnostica ed interventistica	1120	3,50	3920																										
Diagnostica per immagini (TAC-PET)	1120	3,50	3920																										
Diagnostica per immagini (RN)	1120	3,50	3920																										
Medicina Nucleare	2000	3,50	7000																										
Radiologia radioterapica	1000	1,40	1400																										
Medicina trasfusionale	1120	1,30	1456																										
Funzioni Ambulatoriali																													
Poliambulatori	720	3,80	2736																										
Day Service	720	2,40	1728																										
Totale m2 Servizi diagnostici e terapeutici generali			42336				58889																						
Servizi diagnostici e terapeutici per l'anziano (Polo Geriatrico)																													
Funzioni di Diagnostica specialistica																													
Esami funzionali ed endoscopici	400	2,50	1000																										
Cardiovascologia	400	0,80	320																										
Neurologia	400	1,50	600																										
Centro per l'osteoporosi e malattie da traumi	400	1,50	600																										
Diagnostica avanzata	400	2,50	1000																										
Funzioni Ambulatoriali																													
Poliambulatori specialistici (medicina geriatrica e gerontologia)	400	3,50	1400																										
Day service	400	2,40	960																										
Continuità ospedale-territorio	400	0,80	320																										
Servizi di supporto (dieta, psicologico, sociale)	400	2,40	960																										
Totale m2 Servizi diagnostici e terapeutici per l'anziano			7160				9960																						
SUBSISTEMA per L' ASSISTENZA			#RIFI				182933																						
SUBSISTEMA per LA RICERCA																													
Servizi di laboratorio e terapie innovative																													
Funzioni Ricerca di Base																													
Laboratori di base e specialistici	2000	3,40	6800																										
Laboratori di diagnostica avanzata	2000	3,40	6800																										
Funzioni Ricerca Preclinica																													
Laboratori di base	2000	3,40	6800																										
Laboratori specialistici	2000	3,40	6800																										
Laboratori di ricerca avanzata	2000	3,40	6800																										
Terapia non convenzionale	2000	1,00	2000																										
Terapia genetica	2000	1,00	2000																										
Laboratorio di medicina molecolare	2000	3,40	6800																										
Totale ricerca di Base e Preclinica (Polo Biomedico)			44800				62317																						
Funzioni di Ricerca clinica e traslazionale																													
Laboratorio di base e specialistico	1120	3,40	3808																										
Terapia convenzionale e non convenzionale	1120	1,00	1120																										
Totale ricerca clinica e traslazionale			4928				6855																						
Totale mq Servizi di laboratorio e Terapie innovative			49728				69172																						
Servizi comuni alla ricerca																													
Funzioni di Facilities																													
Laboratorio nuovi farmaci	2000	0,60	1200																										
Laboratorio animali transgenici	2000	0,80	1600																										
Imaging molecolare "in vivo" ed "in vitro"	2000	0,80	1600																										
Funzioni di Utilities																													
Piattaforme tecnologiche genomiche	2000	1,30	2600																										
Banca Campioni	2000	1,30	2600																										
Bioinformatica	2000	1,30	2600																										
Biostatistica	2000	1,30	2600																										
Epidemiologia clinica	2000	1,30	2600																										
Funzioni di Studio e Ricerca																													
Area studi e ricerche	2000	0,60	1200																										
Totale m2 Servizi comuni alla Ricerca			18600				25873																						
TOTALE SUBSISTEMA per la RICERCA			68328				95044																						
SUBSISTEMA per L'INSEGNAMENTO																													
Servizi di didattica e formazione (Polo Didattico)																													
Funzioni di Didattica in aula																													
Aule con servizi di supporto																													
Funzioni di Didattica applicata																													
Aule e servizi di supporto																													
Funzioni di Didattica simulata																													
Spazi per addestramento simulato e supporti																													
Funzioni di Didattica a distanza																													
Aule e servizi di supporto																													
Totale Servizi di didattica e formazione	2000	7,20	14400				20030																						



Nuovo Polo di Padova

ALLEGATO D

LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO

Principi cardine

- Visione “per processi”*
 - Riduzione di tempi ed errori nella gestione dei dati (clinici e amministrativi)*
 - Risk Management*
 - Health Technology Assessment*
 - Automatizzazione di tutte le funzioni di supporto del processo clinico*
 - Controllo della qualità delle prestazioni*
 - Supporto alla ricerca scientifica e alla didattica.*
-

Obiettivi

- Integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, e territorio, attraverso una efficiente rete di comunicazioni telematiche, collegamenti informatici e logistici*
 - Soluzioni che garantiscano la possibilità di riconvertire facilmente spazi e funzioni attraverso la creazione di una rete virtuale di componenti che vengono tra loro interconnesse attraverso il sistema informativo, centro nevralgico per la condivisione delle informazioni prodotte all'interno della struttura.*
 - Sistema Informativo tecnologicamente all'avanguardia, in grado di evolvere e di adeguarsi nelle sue funzionalità, completamente integrato, inserito in una visione altamente modulare e sistemica, in grado di crescere nel tempo in modo armonico per rispondere sia alle esigenze attuali che a quelle future*
 - Confronto con le best practices a livello nazionale ed internazionale*
-

Aree

- Sistemi rivolti al paziente*
 - Sistemi rivolti agli operatori*
 - Sistemi di supporto*
 - Sistemi rivolti all'alta direzione*
 - Integrazione*
 - *con le altre strutture ospedaliere del Veneto*
 - *con territori limitrofi e ambiti convenzionati (in Italia e all'Estero)*
-

Carat

- Soluz*
 - Unive*
 - Stanc*
 - Aggio*
 - Storic*
 - Mult*
 - Ergo*
 - Gara*
 - Gara*
-

Sistemi rivolti al paziente

- Master Patient Index*
- Standardizzazione terminologia clinica e amministrativa¹*
- Electronic Patient Record*
- Gestione del Workflow*
- Tecnologie di tracciamento*
- Sistemi per la gestione di attività critiche*
- Sistemi di telesorveglianza e sicurezza*
- Informatizzazione del posto letto*
 - *sistemi di umanizzazione*
 - *sistemi di supporto alla pratica clinica*

¹ Con l'obiettivo di divenire il punto di riferimento per la standardizzazione a livello regionale

Sistemi di supporto

- Supply Chain Systems*
- Robotica per la gestione della distribuzione*
- Health Technology Assessment*
- Sistema di Management Avanzato per le Risorse Tecnologiche*
- Sistemi di ottimizzazione dei consumi e risparmio energetico*
- Possibilità di vendita servizi a terzi*
- Utilizzo RFID¹*
- Gestione del Patrimonio Immobiliare (Asset Management)*

¹ Per identificazione pazienti e gestione patrimonio mobiliare

Sistemi rivolti agli operatori

- Sistemi gestionali (ADT, CUP, Gestione reparto...)*
- Contesto clinico patient-centered*
- Gestione Dipartimento delle Immagini¹*
- Integrazione con le apparecchiature elettro medicali*
- Sistemi di riconoscimento vocale*
- Gestione progetti di ricerca*
- Banche dati regionali*
- Banche dati specifiche (p.es. tessuti..)*
- Gestione telelavoro*
- FAD e E-learning²*

¹ Integrazione con progetti Health Optimum e STeP

² Gestione di crediti ECM validi anche per l'estero

Sistemi per l'alta direzione

- Utilizzo di modelli di simulazione (ambiti amministrativo, sanitario, didattico e ricerca)*
- DataWarehouse*
- Sistemi di supporto alle decisioni (D.S.S.)*

Sistemi per l'alta direzione

- Utilizzo di modelli di simulazione (ambiti amministrativo, sanitario, didattico e ricerca)*
 - DataWarehouse*
 - Sistemi di supporto alle decisioni (D.S.S.)*
-

Integrazione con il territorio

- Telemedicina (integrazione con progetti Health Optimum e STeP)*
 - Processi di de-ospedalizzazione e tele-monitoraggio*
 - Piani Diagnostico Terapeutici (PDTA)*
-

Nuovo Polo di Padova

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Documenti istituzionali

Regione del Veneto: "Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto, Anno 2002 (dati del 2000-2001)"
Regione del Veneto "Relazione Socio-Sanitaria del Veneto, Anno 2004 (dati del 2002-2003)"
Regione del Veneto "DGR 751 del 11 marzo 2005"
Regione del Veneto: "Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto, Anno 2006 (dati del 2004-2005)",
Regione del Veneto "Legge n° 67/88 art. 20: Modulo C aggiornamento 31 dicembre 2005"
Regione del Veneto - Azienda Ospedaliera Padova "Bilancio consuntivo anno 2006"
Regione del Veneto - Istituto Oncologico Veneto "Bilancio consuntivo anno 2006"
Regione del Veneto "DGR 3101 del 3 ottobre 2006 - Allegato A"
Regione del Veneto "DGR 4452 del 28 dicembre 2006"
Regione del Veneto "DGR 80 del 16 gennaio 2007"
Regione del Veneto "DGR 199 del 30 gennaio 2007"
Regione del Veneto "Assegnazione alle aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2007 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza""
Regione del Veneto: "Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2009"
Regione del Veneto: "Documento programmatico per la sottoscrizione dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari e sociosanitari", aprile 2007
Università La Sapienza di Roma "Politica Edilizia e strategie di attuazione: Gli standard dimensionali", 2007
MIUR, Decreto 9 maggio 2001 "Standard minimi dimensionali e qualitativi...."
Comune di Padova "Processo partecipativo per il quartiere 1 - Padova Centro: tavolo tematico n° 5", 2007
Azienda Ospedaliera di Padova "Dati planimetrici e catastali", del 13 marzo 2008
IUAV "Workshop 2007 - Progetti per il nuovo ospedale di Padova"
Università degli studi di Padova - Facoltà di Medicina e Chirurgia "Lettera prot. Num. 265 del 25 gennaio 2008"
Ministero della Sanità: "Nuovo modello di Ospedale", Roma 2001
Ministero della salute "Rapporto Nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria per l'anno 2003"
Ministero della Salute - Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie "Stato di attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007"

Informazione dal web

"Health reform" in www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/, 2007
"Il caso CERBA nel Parco Sud Milano" in www.eddyburg.it, 2008
"Corso di studio Biotecnologie sanitarie", in www.unipd.it/offerta_didattica/corsi/23.htm
"Corso di studio Biotecnologie mediche", in www.unipd.it/offerta_didattica/corsi/128.htm
"Il BioindustryPark" in www.torinoscienza.it, 2008
"Ricerca traslazionale e Clinica" in [www.torino_scienza.it/L'Istituto di ricerca e cura del Cancro di Candiolo....](http://www.torino_scienza.it/L'Istituto_di_ricerca_e_cura_del_Cancro_di_Candiolo....), 2008
"La ricerca traslazionale in Medicina" in www.unipd.it, 2008
"Approvato il VII programma ricerca scientifica" in www.ministerosalute.it, 2008
"Ricerca e salute", di S.Licheri, in www.dipartimentiforzaitalia.it, 2008
"Presentazione Piattaforma Genomica del PTP (PGP)" in www.tecnoparco.org, 2008
"Laboratorio di Bioinformatica" in www.molecularlab.it, 2008
"Epidemiologia Clinica", in www.istge.it, 2008
"Biostatistica", in www.unibo.it, 2008
"Lombardia: approvato il progetto per la Cittadella della salute", in www.inail.it, 2008
"Research at Unicampus of Roma", in www.research.unicampus.it, 2008

Informazione dalla stampa

"Privato e reti Irccs rinnovano la ricerca del Ssn", in Sanità del 11-17 marzo 2003
"Fondazioni Irccs, se vi pare" Sanità del 21-27 ottobre 2003
"Spesa sanitaria", in Sanità del 21-27 ottobre 2003
"Ricerca Irccs spaccata in due" Sanità del 7-13 novembre 2003
"Come ti riconosco un Irccs" Sanità del 2-8 dicembre 2003
"Lauree sanitarie: è boom di domande negli atenei", in Sanità del 21-27 novembre 2006
"Così il Veneto dà la caccia al ricovero inappropriato" in Sanità del 13-19 marzo 2007
"Così l'acquisto fa Area Vasta" in Sanità del 3-9 aprile 2007
"Specializzandi all'ultimo step", in Sanità del 10-16 aprile 2007
"La contesa sull'Euroregione", in Il Sole 24Ore del 23 aprile 2007
"La Regione diventa holding" in Il Sole24Ore-Sanità del 1-7 maggio 2007
"Spesa 2006: rosso da 3 miliardi coperto dalle Regioni", in Sanità del 15-21 maggio 2007
"Ricoveri a 30 miliardi di spesa. E la metà è per anziani", in Sanità 15-21 maggio 2007
"Il salvagente Irpef sottoesame", in Sanità 15-21 maggio 2007
"Finanza innovativa a tutto gas", in Sanità 15-21 maggio 2007
"Il mio sogno? Un campus" in Il Sole24ore del 22 maggio 2007
"Milano, 600 milioni per l'eccellenza" in Il Sole24Ore del 26 maggio 2007
"Vizi e virtù dei Drg in Europa: ecco la foto di Hope" in Sanità del 4-10 settembre 2007
"L'infermiere diventa manager", in Il sole24Ore del 17 settembre 2007
"Veneto: il federalismo sale in cattedra" in Il Sole24Ore del 17 settembre 2007
"All'Irst di Mendola partnership sul modello hub&Spoke", in Sanità del 18-24 settembre 2007
"Irst: oncologia d'area vasta in srl" in Sanità del 18-24 settembre 2007
"Pisa fa il pieno di biomedicale" in Sanità del 16-22 ottobre 2007
"La rivincita della rotaia" in Il Giornale dell'architettura, ottobre 2007
"Tecnologia cinese contro i tumori" in Il sole24Ore del 21 novembre 2007
"All'Ieo di Veronesi l'oscar di Bertwlsman" in Il Sole24ore del 28 novembre 2007
"l'Ospedale del futuro più a misura di paziente" in Il Sole24Ore del 12 dicembre 2007
"Il Prusst arco di Giano" in Edilizia e Territorio, numero speciale 45/2007
"Ssn-Università, nodi alpettine" in Sanità del 16-22 ottobre 2007
"Via ad un nuovo programma degli investimenti... ", in Edilizia e Territorio del 28 gennaio 2008
"Al Veneto 400 milioni sull'edilizia sanitaria" in Edilizia e Territorio del 31 marzo 2008
"Ospedali da Formula Uno", in Nova del 28 giugno 2008
"Crescita solitaria per il pianeta biotech", in Sanità del 3-9 giugno 2008
"Atenei veicoli di tecnologia", in Sanità del 3-9 giugno 2008
"Nelle ASL serve benessere", in Sanità del 3-9 giugno 2008
"Biotech toscano a vele sciolte" in Sanità del 17-23 giugno 2008

Siti web di strutture ospedaliere

University Hospital Birmingham, www.uhb.nhs.uk
Coventry and Warwickshire hospitals, www.uhcw.nhs.uk
Barts Hospital, www.bartsandlondon.org.uk
University College London Hospital, www.uclh.org
Leeds Teaching Hospitals, leedsteachinghospitals.com
Universitair Medisch Centrum Groningen, www.umcg.nl
Universitätsklinikum Aachen, ukaachen.de
Sahlgrenska University Hospital, www.sahlgrenska.se
Orebro university Hospital, www.orebroll.se
Center Hospitalier Univeritaire Saint Pierre, www.stpierre-bru.be
Ospedale Universitario di Bellvitge, www.csub.scs.es
AZ Sint Lucas, www.azstlucas.be
Rijk Hospital Oslo, www.rikshospitalet.no
Great Ormond Street Hospital, www.ich.ucl.ac.uk
George Pompidou, www.aphp.fr
Ospedale di Alcorcon, www.fhacorcon.es
Ospedale di Strasburgo, www.chru-strasbourg.fr
Hospital of the University of Pennsylvania, www.pennhealth.com
University of Michigan Clinical Center, www.med.umch.edu
UCLA Medical center, www.Healthcare.ucla.edu
John Hopkins Hospital, www.hopkinsmedicine.org
Cleveland Clinic, clevelandclinic.org
Massachusetts general Hospital, www.massgeneral.org
Yale University Medical Center, www.med.yale.edu
Presbyterian University Hospital of Columbia and Cornell, www.nyp.org
Barnes-Jewish Hospital, www.barnesjewish.org
University of Washington Medical Center, www.uwmedicine.org
Harward Pilgrim Health Care (HMO), www.harwardpilgrim.org
Sick Kids, www.sickkids.ca
UHN Three Hospitals, www.uhn.ca
Mount Sinai Medical Center, www.mtsinai.on.ca
Bumrungrad International Hospital, www.bumrungrad.com
All India Institute of Medical Center, www.aiims.edu
Denver health, www.denverhealth.org
Brigham and Women's Hospital, www.brighamandwomens.org
Sourasky Medical Center in Tel Aviv, www.tasmc.org.il
CERBA, www.cerba.it
DIBIT 2, www.sanraffaele.org

Bibliografia

- Atun RA, McKee M. "Is the private finance initiative dead?" *BMJ* 2005, 331:792-793.
- Auerbach L. *Issues raised by public-private partnership in Ontario's hospital sector*. Ottawa, Canadian Health Coalition, 2002.
- Bennet D, Bion J. "Organization of intensive care" *BMJ* 1999; 318:1468-70.
- Bloom A. "Hospital co-locations: private sector participation in the hospital sector. In Bloom A. *Health reform in Australia and New Zealand*", Melbourne, Oxford University Press, 2000.
- Burrows M et al. *Management for hospital doctors*. Oxford: Butterworth-Heinemann 1994.
- Comitato nazionale per la biosicurezza e le biotecnologie. "Linee guida per l'istituzione e l'accreditamento delle biobanche". Roma: Presidenza del Consiglio dei ministri 2006.
- Commission on Chronic Illness. "Care of the longterm patient". Cambridge (MA): Harvard University Press 1956.
- Cox A, Groves P. "Design for health care". London: Butterworth 1981.
- Department of Health. "Keeping the NHS local: a new direction of travel". London 2003.
- Detogni C.: "Manuale di progettazione sanitaria internazionale", FrancoAngeli, Milano 2001
- Finlombarda: "Osservatorio Finlombarda sul project finance in sanità", Quarta edizione , Milano 2005
- Formez: "I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali", Roma 2007
- Formez: "La programmazione sanitaria", Roma 2005
- Guzzanti E, Mastrobuono I. "La day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo". *Organizzazione Sanitaria* 2006; 2: 3-33.
- Guzzanti E. "L'evoluzione e le prospettive della assistenza ospedaliera in Italia". *Ricerca sui servizi sanitari* 1997; 1:15-66.
- Guzzanti E. "L'ospedale verso il 21° secolo". *Atti della Seconda conferenza europea sull'ospedale*. Roma: UCSC-CNETO 1993.
- Haldman J, Abdellah F. "Concepts of progressive patient care". *Hospitals* 1959; 41: 33-8.
- Heysell R et al. "Decentralized management in a teaching hospital". *N Engl J Med* 1984; 310:1477-80.
- Institute of Medicine: "Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century". Washington 2001.
- Joint Commission, "The hospital of the future", 2007.
- McKee M, Edwards N, Atun R. "Public-private partnership for hospitals" in *Bulletin of the World Health organization*, 2006, 84:890-896.
- McKee M, Healy J. "Hospital in a changing Europe", Buckingham, Open University Press, 2002.
- McKee M. "Reducing hospital beds". Copenhagen: European Observatory on health systems and policies. Glasgow: Open University Press 2004
- Ministry of Health. "Organization of medical work in hospital". London: HMSO 1967.
- Mutti A. e Provenziani D.: "DPP - Sanità", ed. Kappa, Roma 2003
- Pollock M et al. "What happens when the private sector plans hospitals services for the NHS: three case studies under the private finance initiative". *BMJ* 1997; 314:1266-71.
- Roberts JS, Coale JG, Redman RR. "The history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals". *JAMA* 1987; 258: 936-41.
- Saltman R, Rico A, Boerma W. "Primary care in the driver's seat? European Observatory on health systems and policies". Glasgow: Open University Press 2006.
- Scottish Home and Health Department. "Organization of hospitals service in Scotland". Edinburgo: HMSO 1967.
- Somers H, Somers A. "Medicare and the hospitals". Washington: The Brookings Institution, 1967.
- Sveman E, Esinger K. "Procurement of health care services in Sweden in general and the example of procurement of acute care in the Stockholm Region. In *European integration and health care systems: a challenge for social policy*". Stockholm, Swedish Federation of County Councils, 2001.
- Taylor K, Donald D. "A comparative study of Hospitals Licensure Regulations". Berkeley: University of California School of Public Health 1957.
- Wittemberg R et al. "Funding long-term care". European Observatory on health systems and policies. Glasgow: Open University Press 2002.