

Comitato Civico Cittadino per la Difesa ed il Rilancio dell’A.O. “Santa Maria” di Terni

***La nostra proposta di ampliamento e rifunzionalizzazione
dell’Azienda Ospedaliera S. Maria***



Terni, 20 maggio 2025

1. Considerazioni politiche generali

La tutela della salute è un “diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività” e come tale “la Repubblica...” si impegna a realizzarlo per “garantire l’effettiva partecipazione ... di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese”.

A distanza di quasi cinquanta anni dall’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, si assiste invece, nel silenzio pressoché generale, ad un arretramento dello Stato con il progressivo sottofinanziamento del SSN che rende difficilmente esigibile un diritto costituzionalmente sancito.

Tale atteggiamento politico nasce da due elementi convergenti:

- il finanziamento del SSN è considerato essenzialmente una “spesa” e, come tale, sottoposto a continue revisioni e tagli, piuttosto che essere ritenuto un “investimento” con il quale, nel medio-lungo periodo, si tende ad aumentare il benessere della popolazione;
- una generale regressione “culturale” che ha portato la popolazione ad assumere comportamenti individualistici e a considerare la tutela della salute non più come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l’assenza di malattie o infermità” (OMS), ma esclusivamente come “cura della malattia”, dando vita ad un sistema caratterizzato da interventi puntuali che mirano a risolvere o lenire singole situazioni patologiche.

Il soprapporsi di questi aspetti ha portato, nel corso degli ultimi quindici anni, ad un notevole incremento di singole richieste sanitarie al di fuori di qualsiasi profilo clinico-assistenziale. In tal modo si è creato un vero e proprio “mercato” di prestazioni diagnostico-terapeutiche monetizzabili, gestite da gruppi privati in modo sempre più invasivo ed aggressivo, “drenando”, con il convenzionamento, risorse pubbliche destinate a finanziare il servizio sanitario.

La situazione appena delineata è ulteriormente peggiorata a causa della attuale turbolenza politica mondiale e dell’affacciarsi di conflitti armati anche in Europa che spingono a investire risorse in armamenti, piuttosto che verso i bisogni socio-sanitari della popolazione, con la progressiva e continua diminuzione della percentuale del P.I.L., ormai ben sotto la media europea.

La Regione Umbria è completamente immersa in questo contesto di crescente difficoltà per tre specifici aspetti:

- per i minori finanziamenti del Governo centrale (taglio al F.S.R. di 5 milioni di €);
- per il disavanzo di bilancio, certificato dal MEF, lasciato dalla precedente amministrazione di 73 milioni di €;

- per i tentativi della passata Giunta di rispondere alla inadeguatezza del SSR prospettando tagli ed accorpamenti di strutture e favorendo una maggiore apertura alla sanità privata, anziché avviare un'opera di revisione e riorganizzazione.

Nel quadro brevemente tratteggiato, emblematica e peculiare è la situazione di Terni e più in generale dell'Umbria del Sud, dove la precedente Giunta, strumentalizzando l'emergenza COVID, ha perseguito una politica tesa a depotenziare la sanità pubblica a favore di quella privata, con due chiari tentativi ancora non definitivamente scongiurati:

- ha tentato, con la DGR 1399/23, di consentire l'apertura di una clinica privata da convenzionare, utilizzando posti letto (di seguito P.L.) impropriamente resi disponibili da un "non preciso" calcolo del rapporto P.L./popolazione, aggirando, di fatto, quanto stabilito dal D.M 70/2015, in materia di riordino della rete ospedaliera.

Tale determinazione, oltre che "non precisa", è stata assunta al di fuori di qualsiasi bisogno sanitario sancito nel PSR, che, allo stato ancora non risulta deliberato e adottato con modalità che ne mettono in dubbio la legittimità;

- ha tentato il ricorso a finanziamenti privati o "para-privati", per realizzare interventi di edilizia sanitaria a Terni:
 - a. nel caso di ricorso a finanziamenti privati, con lo strumento del "project financing", l'investimento avrebbe richiesto un rimborso trentennale dell'investimento e il diritto esclusivo di gestione di tutte le attività non sanitarie collegate, (ristorazione, lavanolo, bar, edicola, servizio mensa, pulizie della struttura, sterilizzazione, personale di accoglienza), per lo stesso periodo per il consorzio di imprese vincitrici con conseguenze che avrebbero provocato:
 1. la crescita esponenziale del debito che, secondo alcune valutazioni, potrebbe aumentare fino a quattro/cinque volte l'investimento iniziale;
 2. il gravare del rimborso sul bilancio ordinario aziendale destinato, invece, a garantire le prestazioni sanitarie, con l'immediata conseguente diminuzione delle attività clinico-assistenziali garantite dalla A.O.

Questo tentativo è stato bocciato, in tempi diversi, da due distinte commissioni tecniche, la prima istituita dall'A.O. S. Maria di Terni, la seconda insediata dalla stessa Giunta regionale.

In entrambi i casi la bocciatura è motivata per "l'insostenibilità economico-finanziaria" e "l'incompletezza progettuale"

- a. viceversa, nel caso di finanziamenti "para-privati", disposti dall'INAIL, il prestito, avrebbe richiesto, per un tempo indeterminato, la corresponsione di un affitto annuo almeno pari al 3,5/4% dell'importo dell'investimento iniziale e anch'esso avrebbe gravato sul bilancio ordinario aziendale con le conseguenze illustrate al punto precedente.

Il contesto politico-amministrativo e finanziario delineato è alla base della costituzione del "Comitato Civico Cittadino in difesa dell'A.O. Santa Maria di Terni" a

cui aderiscono cittadini di orientamenti politici diversi, accomunati della condivisione di valori non negoziabili e di obbiettivi considerati irrinunciabili:

- **La difesa ed il rafforzamento** del SSN e regionale che deve mantenere il suo carattere universalistico e gratuito, garantendo equità sociale e appropriatezza delle risposte clinico-assistenziali ai mutevoli bisogni della popolazione umbra;
- **L'assoluta contrarietà a indebitamenti**, sotto qualsiasi forma, in favore di soggetti privati o para-privati per interventi di edilizia sanitaria;
- **L'assoluta necessità di ricorrere**, per tali interventi, esclusivamente a finanziamenti pubblici, a "fondo perduto" come previsto dall'art. 20 L. 67/88, ciò per non pesare sulle tasche dei cittadini costretti a pagarsi le prestazioni o rinunciarvi, oltretutto, con pesanti ricadute fiscali. Resta aperta la questione della "distrazione" dei fondi accordati per il nuovo presidio di Narni-Amelia che non ha prodotto benefici su Terni, rimanendo di fatto un disinvestimento infruttuoso.

Dei fondi previsti da tale articolo, hanno usufruito, recentemente, Giunte Regionali di opposto orientamento politico (Marche e Puglia).

- **La convinzione** che, la soluzione del "tutto nuovo" molto caldeggiata dalla precedente Giunta, comporti investimenti maggiori di quelli per una, seppur profonda, ristrutturazione, richiedendo, oltre ai costi connessi alla realizzazione dell'opera, ulteriori ingenti interventi aggiuntivi per:

- 1) La costruzione di un nuovo polo universitario ed il trasferimento delle attività didattico-scientifiche nel nuovo sito;
- 2) La realizzazione di una nuova viabilità per l'afflusso al sito;
- 3) L'attivazione di nuovi servizi di trasporto pubblici;
- 4) La demolizione della vecchia struttura nosocomiale;
- 5) La conseguente bonifica del vecchio sito;
- 6) La riqualificazione urbanistica dell'intero quartiere;

Il Comitato, nel corso degli ultimi due anni, ha interloquito con soggetti istituzionali: la seconda Commissione consiliare del Comune di Terni, le forze politiche e sociali cittadine, i Direttori Generali dell'A.O. Santa Maria e della Azienda USL 2.

Ha lavorato, nel contempo, per respingere i tentativi di privatizzazione, confutandone nel merito le ragioni e la fattibilità con frequenti prese di posizione pubbliche e la presentazione di un progetto di massima per la ristrutturazione e rifunionalizzazione dell'attuale nosocomio, che non è una proposta "al ribasso" poiché non si limita a mettere "toppe", ma è un intervento di respiro globale che permette di:

- ◆ offrire nuovi spazi per le attività clinico-assistenziali e migliori servizi ai cittadini;
- ◆ utilizzare in modo oculato, razionale e responsabile le scarse risorse pubbliche;
- ◆ non stravolgere la fisionomia urbanistica della zona.

Ha svolto una puntuale attività di approfondimento delle problematiche relative al nosocomio ternano, lavorando lungo tre direttrici:

1. la rilevanza dell'A.O. Santa Maria in ambito regionale ed extra-regionale;

2. lo stato dell'attuale sito ospedaliero e le sue connessioni con il tessuto urbanistico cittadino;
3. lo stato della struttura nosocomiale e la sua possibile implementazione.

L'attività di analisi compiuta ha permesso l'elaborazione del progetto di ristrutturazione/riqualificazione ed ampliamento della struttura ospedaliera esistente, appresso illustrato.

2. Valutazione dell'esistente

a. Profilo dell'Azienda: ruolo, valore, qualità, attrattività storica

- L'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni ha iniziato pienamente la sua attività nella struttura di Colle Obito a partire dal 1974/75, solo dieci anni prima del trasferimento del "Silvestrini" nella nuova sede.
- Sin dalla sua costituzione come Azienda, pur mantenendo pienamente il profilo di ospedale della comunità ternana, ha iniziato a configurarsi come Azienda Ospedaliera ad alta specializzazione con il riconoscimento quale sede di Dipartimento di Emergenza di 2° livello e con innovazioni sia sul versante clinico-terapeutico, organizzativo che didattico-scientifico.

Con l'attivazione della:

- Chirurgia Vascolare, la Neurochirurgia e la Cardiochirurgia
- Medicina Interna, quella Oncologica e quella Geriatrica
- Endoscopia Digestiva, l'Emodinamica, la Radiologia Interventistica e l'Angiografia.
- Chirurgia a Ciclo Breve (Day Surgery) per il trattamento di patologia a bassa complessità
- Struttura del DH oncologico con annessa una piccola degenza
- Struttura del DH Oncoematologico
- Struttura di nefrologia ed emodialisi.
- Il riconoscimento dell'Università di Perugia dell'A.O. S. Maria di Terni quale sede del corso di laurea raddoppiato di Medicina e Chirurgia e l'istituzione del corso di laurea in scienze Infermieristiche;
- l'edificazione del relativo polo universitario riservato ai due corsi di laurea, contiguo all'area nosocomiale

b) Il ruolo nel contesto territoriale dell'Umbria meridionale

- Le caratteristiche ricordate hanno consentito, all'A.O. S. Maria di Terni di assumere un ruolo di riferimento per tutta l'area vasta dell'Umbria del Sud, esercitando, nel contempo, una fortissima attrazione anche nelle aree limitrofe extraregionali del Reatino e del Viterbese e in parte minore, anche, della più vasta area dell'Italia centrale.

La posizione geografica, la qualificazione specialistica, le caratteristiche organizzative e le attività didattico-scientifiche hanno consentito in questi anni all'A.O. di Terni di assumere un ruolo leader tra le aziende sanitarie umbre, soprattutto per la mobilità attiva con l'afflusso di notevoli risorse economiche extraregionali, che hanno contribuito, fino al 2019, a mantenere l'equilibrio economico dell'intero SSR (si vedano i bilanci delle quattro Aziende Sanitarie nell'ultimo quinquennio).

Ciò a dimostrazione della capacità di resilienza della struttura ternana nonostante che, per scelta della precedente Giunta, abbia dovuto far fronte, ad una notevole mole dei casi Covid provenienti da tutto il territorio ben oltre il naturale bacino di utenza dell'Umbria del Sud, sottoponendo, in tal modo, l'A.O. Santa Maria ad un notevolissimo stress organizzativo e funzionale.

L'insistenza, da più parti, posta sulla inadeguatezza e vetustà della struttura che ne comprometterebbe la funzionalità e l'efficacia, confligge con il fatto che la A.O. Santa Maria di Terni, fino al 2018, figurava ai primi posti del "ranking" nazionale degli Ospedali, prima della A.O. Santa Maria della Misericordia di Perugia.

E' del tutto evidente, quindi, che le criticità segnalate portate a giustificazione per la individuazione di un nuovo sito, non possono in nessun modo essere ricondotte a problemi strutturali, quanto, piuttosto:

- ◆ alla palese volontà politica della precedente Giunta di depotenziare il sistema pubblico;
- ◆ all'inadeguatezza della gestione e della direzione aziendale, (emblematica la vicenda del primo D.G., nominato dalla precedente Giunta e sfiduciato, dopo circa 18 mesi, dal Consiglio Comunale ternano).

Tale volontà politica, mai esplicitamente enunciata, ma ostinatamente perseguita, soprattutto nei confronti della A.O. ternana, ha determinato una sorta di "paralisi organizzativa", aggravata dalla pandemia hanno prodotto:

- ◆ il mancato utilizzo di finanziamenti stanziati e disponibili per investimenti, miglie e manutenzione della struttura;
- ◆ la mancata nomina di figure mediche apicali, a seguito anche, del protocollo di intesa, tra l'Università di Perugia e la Giunta Tesesi, non scevra di aspetti ambigui.

A parere del Comitato Civico, l'abbassamento delle performances clinico-assistenziali ed organizzative della A.O. ternana derivano, in conclusione, dalla volontà politica della Giunta, ricordata in precedenza, unitamente alla sequenza di errori e inefficienze che ne sono derivati, *non certo, dalla sua struttura edilizia!*

In questo contesto, il Comitato Civico, ritiene necessaria, oltre alla ristrutturazione/riqualificazione del nosocomio, anche la ridefinizione complessiva del rapporto tra SSR e Università di Perugia, secondo tre precisi indirizzi:

- ◆ Il riconoscimento della rispettiva piena autonomia riguardo alle nomine apicali delle strutture clinico-assistenziali;
- ◆ Il riconoscimento della diretta responsabilità del budget gestito dalle figure apicali universitarie e ospedaliere, ognuna per la sua parte;
- ◆ La ridefinizione dei reciproci ruoli e responsabilità istituzionali che vedano:
 - il SSR, come unico soggetto istituzionale, deputato a dare risposte ai bisogni sanitari della popolazione umbra, adeguandole al mutare del quadro epidemiologico complessivo;
 - L'Università come il soggetto istituzionale deputato alla formazione scientifica dei professionisti sanitari, che deve realizzarsi secondo piani di studio coerenti con le reali esigenze clinico-assistenziali derivanti dal mutevole quadro epidemiologico regionale, che il SSR è tenuto ad evidenziare ed esplicitare.

a. Valutazione della funzionalità della struttura esistente

Nel corso dei cinquanta anni di attività sono mutati alcuni importanti aspetti di contesto che richiedono una attenta riflessione, non solo dal punto di vista strutturale ma ancor più dal punto di vista organizzativo-funzionale, evidenziando gli indubbi punti di forza senza sottovalutare quelli di evidente debolezza.

⇒ Punti di forza:

- ◆ La struttura edilizia, a poliblocco ad ali sventagliate, nel corso degli anni non è andata incontro a lavori significativi, ad eccezione dell'aggiunta della nuova area del Pronto Soccorso.
- ◆ Dispone di due blocchi operatori:
 - ◇ un blocco principale, posto sopra il P.S., inaugurato nel 2009, moderno e razionale, con 10 sale, molteplici ed avanzate dotazioni tecnologiche operatorie, integrato nel 2019 con la realizzazione di una modernissima "sala ibrida";
 - ◇ un secondo blocco, più datato, con 4 sale di minore ampiezza, in prevalenza utilizzato per la chirurgia meno legata a necessità di spazio per tecnologie operative ingombranti, tra cui molta day-surgery.
- ◆ dispone, di alcune strutture operative, strategicamente collocate all'esterno del poliblocco centrale, (Malattie Infettive, Centro Fisioterapico e Anatomia Patologica), con indubbio vantaggio per la gestione delle patologie in causa e per le esigenze dell'utenza servita;
- ◆ dispone di un eliporto di recentissima realizzazione
- ◆ E' posizionata su un colle che permette una notevole soleggiamento durante tutto l'anno.
- ◆ E' presente un sito universitario dedicato all'attività didattica del corso di medicina e delle professioni sanitarie.

- ◆ E' presente nella zona limitrofa un residence, in fase di ultimazione, per ospitare i congiunti dei ricoverati provenienti da fuori città.
- ◆ E' caratterizzata da una trascurabile vetustà del sito, rapportata alle più grandi strutture ospedaliere italiane (L'Ospedale Maggiore "Ca Granda" di Milano fondato nella metà del quindicesimo secolo, il Sant'Orsola di Bologna, il cui primo nucleo risale alla fine del secolo sedicesimo, l'Ospedale Galliera a Genova che nasce negli ultimi anni del diciannovesimo secolo, il San Camillo di Roma e Le Molinette a Torino che sorgono intorno agli anni trenta del secolo scorso, il Policlinico Gemelli a Roma e il San Carlo Borromeo a Milano, che iniziano l'attività intorno agli anni sessanta del ventesimo secolo).

Tutte queste strutture, pur garantendo pienamente la loro attività, nel corso degli anni, sono andate incontro a profondi rimaneggiamenti ed ampliamenti strutturali.

⇒ Punti di debolezza organizzativa e funzionale

- ◆ La eccessiva proiezione verticale dello stabile secondo i moderni orientamenti.
- ◆ La conseguente problematicità dei percorsi verticali serviti da ascensori lenti e non dimensionati per le attuali esigenze tecnico-sanitarie.
- ◆ La non organica e razionale collocazione di aree clinico-assistenziali (Dipartimento Materno-Infantile, il Dipartimento Medico disseminato all'interno della struttura e collocato su piani diversi, i Dipartimenti Chirurgici anch'essi posti su diversi piani, generalmente lontani dal blocco operatorio).
- ◆ La ristrettezza dell'area del DEU, caratterizzata da:
 - ◇ un evidente sottodimensionamento spaziale dell'attuale Pronto Soccorso, non adeguato ad accogliere il notevole afflusso di cittadini che vi si rivolgono quotidianamente;
 - ◇ una irrazionale collocazione delle strutture diagnostico-terapeutiche di Emodinamica e Radiologia Interventistica, poste lontano dall'area del DEU;
 - ◇ una altrettanto irrazionale collocazione delle aree di degenza intensiva cardiologica e neurologica (Stroke Unit), anch'esse lontane dal DEU.
- ◆ L'insostenibile e non più procrastinabile situazione del confort alberghiero con aree di degenza carenti di condizionamento, peraltro in fase di realizzazione.
- ◆ L'inaccettabile promiscuità degli accessi e dei percorsi interni.
- ◆ L'insufficienza dell'area dedicata alle attività ambulatoriali, allo stato frammentate e disperse anche all'interno della struttura nosocomiale.
- ◆ L'inadeguatezza ed insufficienza delle aree di parcheggio che contribuiscono a rendere non agevole la circolazione periospedaliera, con disagi che interessano l'antistante quartiere.

E' evidente che il quadro delineato richieda interventi strutturali necessari a risolvere le criticità evidenziate.

A questo proposito, il Comitato Civico Cittadino ritiene che alcuni interventi abbiano comunque il carattere di assoluta urgenza e non possano assolutamente essere rinviati sull'orizzonte temporale dell'eventuale realizzazione di un ospedale nuovo,

che si proietterebbe, almeno, su una dozzina d'anni non considerando i rischi sotto il profilo finanziario ed esecutivo.

Il Comitato ritiene non negoziabili tre aspetti particolari:

- L'ampliamento e riorganizzazione funzionale del Pronto Soccorso
- La climatizzazione completa di tutte le aree di degenza
- La realizzazione di un parcheggio multipiano sul piazzale sud.

Pertanto, in forza delle considerazioni brevemente enunciate, il Comitato Civico Cittadino ritiene:

- **utile** privilegiare un importante intervento di ristrutturazione e riqualificazione dell'esistente, in analogia a quanto fatto in situazioni similari.
- **necessario e doveroso** realizzare l'intervento esclusivamente con finanziamenti pubblici a fondo perduto previsti dall'art. 20, L 67/88, per due motivazioni:
 - ◇ **garantire** il mantenimento della completa attività alla struttura durante tutto il periodo in cui saranno eseguiti i lavori;
 - ◇ **garantire** nella attuale situazione economica, caratterizzata dal progressivo definanziamento del "welfare state", che tutti gli interventi strutturali di ospedalità pubblica siano realizzati con fondi pubblici;
- **non utile** avventurarsi in progetti dai dubbi finanziamenti che aggraverebbero la già precaria situazione economico-finanziaria della Regione;
- **di rigettare fermamente** qualsiasi finanziamento privato e para-privato in qualsiasi forma proposto;
- **assolutamente inutile** individuare un sito alternativo a quello attuale, per almeno tre considerazioni:
 - ◇ l'eventuale spostamento della sede della Azienda Sanitaria Locale nella struttura nosocomiale liberata, non saturerebbe la capienza del complesso edile, mantenendo di fatto aperti tutti i problemi relativi alla manutenzione del complesso;
 - ◇ l'abbandono del complesso edilizio comporterebbe una profonda e lunga ridefinizione urbanistica del quartiere (si veda la vicenda tutt'ora aperta del sito di Monteluca a Perugia);
 - ◇ l'abbattimento del complesso comporterebbe una notevole perdita patrimoniale ed un altrettanto rilevante costo di smaltimento delle macerie;
- **di considerare** l'ipotesi di ristrutturazione e rifunzionalizzazione del complesso esistente, l'unica che, in tempi certi e ragionevoli (4/5 anni dalla cantierizzazione) possa restituire il nosocomio ternano alla sua piena funzionalità nell'interesse dei cittadini ternani e più in generale di tutta la comunità umbra.
- **necessario garantire** un investimento nettamente inferiore a quello stimato per la progettazione, la realizzazione edilizia e la messa in opera del nuovo stabilimento ospedaliero, il cui sito allo stato, non è ancora definito;

3. Conclusioni

La presente proposta di ristrutturazione/riqualificazione ed ampliamento del nosocomio ternano si pone quattro obiettivi:

- **riaffermare** la piena agibilità della attuale struttura ospedaliera e delle potenzialità per una sua profonda riqualificazione/ristrutturazione, ampliamento e rifunzionalizzazione;
- **considerare** irrealistico qualsiasi altro sito alternativo, in prossimità delle principali vie di comunicazione extraurbane, visto che:
 - ◇ le variazioni al piano particolareggiato per la viabilità, predisposto dall'Amministrazione Comunale permettono il raccordo del sito Ospedaliero con Piazzale Bianchini-Riccardi
 - ◇ l'accordo tra la precedente Giunta ed il Governo, permette di collegare piazzale Bianchini-Riccardi con la zona di "Cervara", da dove si ha diretto accesso a tutte le direttrici viarie extraurbane;
- **consentire** una più adeguata agibilità alle funzioni di "*diagnosi e cura*", tipicamente ospedaliere;
- **realizzare**, in prospettiva, una forte integrazione funzionale tra l'ospedale e le strutture territoriali dell'Azienda USL 2, già esistenti o in corso di completamento, collocate in un'unica area posta nelle immediate vicinanze a quella nosocomiale (Centro Geriatrico, C.O.T., Distretto, Casa della salute, Ospedale di Comunità, Hospice).

I due siti, pur mantenendo la propria personalità giuridica distinta ed autonoma, con adeguati interventi viari, potrebbero fortemente integrare le rispettive operatività configurandosi quale polo sanitario cittadino, (la città della salute), consentendo di:

- ◇ monitorare i bisogni sanitari della popolazione;
- ◇ garantire la continuità delle cure post-acuzie contribuendo a rendere fluido il percorso ospedale-territorio e viceversa;
- ◇ rispondere, in tal modo, alle esigenze di "presa in carico globale" delle necessità sanitarie derivanti dalle mutate situazioni demografiche epidemiologiche e socio-economiche del territorio.

I due complessi sanitari, funzionalmente integrati e adiacenti, potrebbero rappresentare un primo modello sperimentale, utile per una nuova e più razionale organizzazione del SSR ed un diverso approccio più globale ai bisogni di salute dei cittadini umbri.

VERSO IL PROGETTO

Analisi del panorama nazionale delle strutture ospedaliere

Nel panorama sociale, politico ed economico italiano brevemente delineato nella parte precedente sono tuttora attivi, specie nelle grandi città, moltissimi ospedali piuttosto **vetusti** e solo in parte rifunzionalizzati.

La qualità strutturale del nostro ospedale non è troppo dissimile da quella dei tanti presidi di livello e mandato paragonabile al nostro realizzati tra gli anni '60 e gli '80. Quasi dappertutto, per far fronte alle subentrate esigenze, questi presidi sono stati oggetto, spesso in più riprese, di interventi di ampliamento anche importanti, concepiti per lo più con un mero carattere 'aggiuntivo' e realizzati – come a Terni – senza un disegno di globale riordino funzionale del complesso.

In questo quadro meritano attenzione gli interventi realizzati a Perugia ed Ancona: entrambe sono Aziende ospedaliere, ospitano l'Università, sono Dipartimento d'emergenza di 2° livello, presentano un livello di complessità funzionale non troppo superiore al nostro ed hanno una maggiore dotazione di posti-letto. Due complessi rinnovati ed ampliati con evidente razionalità perché – grazie ad un intelligente approccio funzionale sistemico - sono stati resi **in grado di funzionare come organismi effettivamente integrati ed unitari**, con guadagni quanto ad organizzazione, integrazione e qualità dell'assistenza.

Il Santa Maria della Misericordia di Perugia **non è un ospedale “tutto nuovo” come viene spesso considerato**. Esso risulta infatti dalla fusione tra il polo “Silvestrini” - un poliblocco a quattro ali inaugurato nel 1985 – ed il nuovo complesso ultimato nel 2009. La foto aerea evidenzia chiaramente tale assetto e mostra come la fusione operativa tra le due strutture sia stata positivamente realizzata mediante importanti bretelle di collegamento multipiano che saldano le parti in un “unum” funzionale.

La porzione originaria dell'**Ospedale di Ancona-Torrette** (Azienda ospedaliero-Universitaria delle Marche) è coeva del nostro ospedale ed ha una configurazione del tutto simile: un classico poliblocco a sei ali più alcuni modesti fabbricati esterni tra cui, come a Terni, quello delle Malattie Infettive. In un secondo tempo, per accorpate in questo sito l'Umberto I° ed il Cardiologico Lancisi, è stato realizzato un nuovo importante blocco, articolato su due ali parallele a quelle adiacenti originarie. La fusione tra vecchio e nuovo è stata efficacemente realizzata mediante una struttura di collegamento, sviluppata su tutti i piani, posta in continuità con l'asse distributivo centrale preesistente, legando tutto il complesso in un autentico “unum” funzionale.

L'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia



L'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche – Ancona Torrette



⇒ **Le ipotesi in campo**

a) Il nodo finanziario

Tutti gli interventi strutturali sulla rete ospedaliera pubblica umbra sono sempre stati realizzati con fondi pubblici. Si è ricorso ai fondi INAIL - che comportano l'acquisizione delle strutture in locazione - soltanto per il presidio di Branca (Gubbio-Gualdo Tadino) e, forse, per il realizzando presidio di Narni-Amelia per il quale erano già disponibili da anni i fondi ex art. 20 L.67/88..

È, inoltre, irricevibile la riproposizione di un **project financing** – come già rilevato dalle due commissioni che l'hanno bocciato – per il costo finanziariamente **insostenibile** per Azienda e Regione, tanto più alla luce dell'acclarato disavanzo regionale certificato dal MEF alla base dell'incremento dell'addizionale IRPEF in Umbria. Diverse Regioni hanno ormai coerentemente rinunciato a tale soluzione.

Quanto all'ipotesi di un finanziamento INAIL l'attuale situazione finanziaria del nostro paese, inoltre, non consente di escludere la privatizzazione di pezzi di patrimonio pubblico con la cessione a finanziarie e fondi equity, alimentando possibili contenziosi legali, rischi ed incertezze. Ciò è già accaduto in Veneto con contratti di project financing ceduti a tali soggetti. E', pertanto, pericoloso non disporre della piena proprietà delle strutture.

Qualunque possa essere la soluzione strutturale prescelta, **non c'è alcuna alternativa vantaggiosa al ricorso al finanziamento pubblico statale erogato a fondo perduto, finora garantito ai sensi dell'Articolo 20 della Legge n° 67/1988.** Perché, dunque, scegliere strade più onerose?

b) L'ipotesi "tutto nuovo"

Va anzitutto osservato che fare ospedali nuovi non sempre consente di risolvere al meglio tutti i problemi: non è raro il riscontro di carenze funzionali anche in strutture di recente realizzazione e magari pretenziose come progetto. Va poi considerato che l'attivazione del servizio di **elisoccorso** ha pressoché risolto il problema dell'accesso rapido al presidio della **casistica di emergenza tempo-dipendente dell'utenza più lontana dalla città.**

Il fabbisogno finanziario si avvicina, oggi al mezzo miliardo di euro e deve includere ulteriori costi aggiuntivi come:

- **la lievitazione dei costi in edilizia** che non sembra trovare ancora un freno;
- **il problematico quadro finanziario italiano dei prossimi anni** prospettato dalle tante ed embricate turbolenze di ogni genere, di scala sia nazionale che globale;
- **la lunghezza dei tempi della realizzazione ex novo**, che si proietta sull'arco di non meno di una dozzina d'anni;

Non c'è dunque certezza sia sul costo finale che sulla garanzia di una continuità nel tempo del flusso di finanziamento ministeriale a stralci successivi per stadi di

avanzamento. Sussiste quindi il rischio di dilatare i tempi, subire un incremento dei costi o, peggio, di vederne addirittura sospesa la realizzazione. Crediamo pertanto che nella presente fase storica **non possa essere considerato prudente** imboccare questa strada.

c) Il problema ambientale

Va pure considerato che il sito di Maratta non rappresenta certo il massimo sotto il profilo della salubrità ambientale: si tratta di una zona prevalentemente industriale, ormai la più grande per estensione della Conca Ternana, dove sono insediati ben due inceneritori, alcune industrie insalubri e che è stata più volte teatro di importanti incendi di complessi produttivi e di depositi di materiali vari e rifiuti plastici. In quanto tale, anche in termini di immagine, non costituisce un bel biglietto da visita per l'utenza esterna.

Dall'analisi di contesto alla proposta

Per tutte queste ragioni, siamo convinti che trova sempre più motivazione la nostra proposta, presentata già lo scorso anno, di **una soluzione strutturale alternativa di intervento sul complesso esistente**, rispondente, in estrema sintesi, a cinque finalità:

- **realizzare un intervento sistemico di modico ampliamento e di profonda e razionale reimpostazione funzionale del complesso in grado di risolvere efficacemente le carenze in essere;**
- **ricompattare l'articolazione delle attività sanitarie entro l'altezza del terzo piano dell'attuale poliblocco per rafforzarne la funzionalità e l'integrazione operativa;**
- **realizzare l'intervento in un arco temporale non superiore a 4-5 anni dalla cantierizzazione senza interrompere od intralciare le attività sanitarie correnti;**
- **garantire un'agevole e graduale transizione a basso costo dal vecchio al nuovo assetto;**
- **contenere la spesa entro un livello ragionevolmente sostenibile e finanziabile senza rischi con fondi esclusivamente pubblici.**

Il presente studio integra e sviluppa quell'idea progettuale illustrandola in maniera più dettagliata. Non è, come già affermato, una proposta "al ribasso" ma un intervento di respiro globale in grado di dare al nostro ospedale una seconda vita: un migliore rapporto con la città, un modo più razionale di funzionare dell'intero complesso, migliori servizi per l'utenza, un ambiente di lavoro meglio organizzato.

LA NOSTRA SOLUZIONE PROGETTUALE CONCRETA

1. Miglioramento del rapporto con la città ed il territorio

a) **Realizzazione di un nuovo parcheggio multipiano da 600-650 posti-auto** su quattro piani di cui tre fuori terra, con accesso ed uscita su Viale VIII Marzo, posizionato nella parte più prossima dell'attuale parcheggio di superficie posto sul fronte sud; questa soluzione recupera anche la vivibilità del quartiere e la viabilità urbana. Sulla sommità va installato un cospicuo parco fotovoltaico in grado di accrescere la sostenibilità energetica del complesso.

b) **Nuovo piazzale d'accesso pedonale:** viene posizionato sul fronte del Nuovo Blocco Sud (vedi appresso) al piano -1, dirimpetto al parcheggio multipiano. su questo si apre il **nuovo ampio ingresso principale**, da cui accedere agevolmente all'intero complesso e su tutti i piani attraverso i percorsi interni orizzontali e verticali. Sostituisce l'attuale scomodo ingresso pedonale centrale posto all'interno del presidio che verrà chiuso. La nuova vasta area ambulatoriale (2.300 mq ca.) viene strategicamente posta in adiacenza all'ingresso. Il **piazzale** verrà **connesso al multipiano** da un percorso meccanizzato coperto; un altro percorso coperto lo collegherà alla fermata **dei bus** su viale VIII Marzo; un percorso carrabile di entrata-sosta breve-uscita su Viale 8 Marzo consentirà infine l'accesso di auto e mezzi che accompagnano pazienti non autonomi all'ingresso dedicato sul piano sottostante.

c) **Completamento dell'anello viario interno** con sbocco finale su Viale 8 Marzo che devierà sul perimetro del complesso sanitario tutto il traffico in uscita che attualmente scorre all'interno, facilitando anche la realizzazione degli interventi strutturali senza interrompere o intralciare l'attività sanitaria nella fase di cantiere.

2. Nuovo modello funzionale del complesso ospedaliero

a) **Realizzazione dello strategico Nuovo Blocco Polifunzionale Sud.**

Viene insediato sull'ampia area liberabile perché è l'unica non occupata da servizi sanitari in attività. Il Nuovo Blocco **si sviluppa su piani corrispondenti e complanari al complesso esistente tra i livelli -2 e +3**. Ciascun piano può sviluppare una superficie di circa 2.800 mq, per un totale di circa 17.000 mq complessivi.

È strategicamente impostato per la seguente destinazione funzionale che lo rende **soluzione-chiave** del progetto di riordino funzionale dell'intero complesso:

- **Nuovo ingresso pedonale principale dall'esterno al piano -1;**
- **Nuova area poliambulatoriale al piano -1;**
- **Funzioni di degenza ad elevato comfort per 260-280 posti letto su 4 piani;**
- **"Piano-polmone" al piano -2, lasciato libero per future necessità di spazio.**

È pertanto ipotizzabile, per il futuro, la realizzazione di un ampliamento modulare del Blocco sui due lati, in grado di completare il rinnovamento del complesso.

b) Ricompattamento in orizzontale dell'ospedale.

Sul Nuovo Blocco Sud vengono destinati a degenza quattro interi piani: il piano Terra ed i piani +1, +2, +3, possono assicurare una capienza massima di circa 75 posti-letto ciascuno, per un totale di 260 -280 posti-letto a seconda delle opzioni operabili; rappresenta la metà di quella prevista dalla programmazione regionale per l'intero presidio. L'impostazione strutturale a campata ampia consentirà la massima adattabilità degli spazi, con degenze ad elevato livello di comfort per ampiezza e climatizzazione.

Questa disponibilità permette di concentrare tutte le attività sanitarie (degenze e servizi) entro **l'attuale terzo piano e rende altresì possibile decongestionare le aree di degenza che continueranno ad essere utilizzate.**

Gli ultimi tre piani del complesso, liberati dalle funzioni assistenziali, consentiranno di rispondere ad esigenze per le quali c'è attualmente uno spazio insufficiente e/o necessitano di una migliore collocazione: area direzionale medica di presidio e professioni, studi e spogliatoi medici, spogliatoi del personale assistenziale, spazi di studio, riunione, aggiornamento e biblioteca, spazi e spogliatoi per studenti universitari e specializzandi, uffici interni, impianti tecnici ed altro.

c) Razionalizzazione e sviluppo del sistema dei percorsi interni

Viene sviluppato all'interno del complesso un sistema di circolazione interna a **maglia sistemica tridimensionale** mediante nuovi percorsi strutturati orizzontali (bretelle di collegamento) e nuovi vettori verticali (ascensori e montalettighe) razionalmente connesso agli accessi dall'esterno.

⇒ Percorsi orizzontali

- **Prima bretella multipiano (sui piani da -2 a +3):** Salda il nuovo ingresso pedonale principale ed il Nuovo Blocco Sud al restante complesso mediante un breve percorso orizzontale che si innesta direttamente sulla *spina centrale* dei corridoi assiali Nord-Sud riallacciando tutti i sei blocchi;
- **Seconda bretella multipiano (p. terra, +1, +2, +3):** connette il nuovo Blocco Sud con la semiala Sud-Est e si innesta sul complesso edilizio Est (DEU, Blocco Operatorio, corpo Est a T); rappresenta un asse sanitario di connessione strategica diretta per le chirurgie e l'emergenza-urgenza;
- Con l'ingresso principale trasferito al piano -1 del Nuovo Blocco, il corridoio longitudinale Est-Ovest del DEU a **piano terra** diventa **Terza bretella sanitaria** che si innesta sulla spina centrale nord-sud del complesso risolvendo un difetto storico.

Collegamenti verticali

Con il ricompattamento delle funzioni sanitarie entro il terzo piano, il traffico verticale dovrebbe in parte ridursi e la seconda bretella storerà il grosso del traffico sanitario da e per il DEU ed il Blocco Operatorio. Il Nuovo Blocco Sud verrà dotato di due importanti gruppi verticali (Scale, ascensori e montalettighe) in corrispondenza dell'innesto delle due bretelle. Vanno invece rinforzati mediante montalettighe più ampi i collegamenti verticali **tra il livello -2 ed il livello +3** di tre snodi fondamentali:

- Quelli dei due gruppi verticali delle **testate Nord e Sud** dell'attuale poliblocco posizionandoli all'esterno ma affacciati sulla spina centrale nord-sud;
- Quello del **blocco centrale Est a T** per adeguarne il collegamento verticale con il DEU.

d) Il piano "Polmone"

La necessità di reperire nuovi spazi per ospitare nuovi servizi e tecnologie sanitarie innovative costituisce da sempre un costante problema di difficile soluzione. Si ritiene pertanto utile adottare l'indicazione di Renzo Piano di prevedere nelle strutture di nuova realizzazione degli "**spazi polmone**". La soluzione nel nostro caso più pratica è quella di lasciare vuoto l'intero piano -2 del nuovo blocco, ampio quanto i piani superiori (2.800 mq) e fornito di accesso al piano dai vettori verticali. Al fine di assicurarne **la massima potenzialità e flessibilità d'uso**, deve avere un'altezza di almeno quattro metri onde poter ospitare anche le esigenze più complesse.

3. Miglioramento dei servizi

a) *Ampliamento e rifunzionalizzazione del Pronto Soccorso.*

L'intervento costituisce una priorità assoluta. L'attuale struttura necessita di spazi ben più ampi degli attuali 1.200 mq circa (camera calda esclusa) per poter fronteggiare la situazione attuale e riorganizzare il funzionamento del servizio secondo gli standard più aggiornati. L'intervento cantierato dall'Azienda è invece assolutamente **minimo come incremento dimensionale e lascia invariato l'obsoleto modello funzionale**. Appare condivisibile lo spostamento dell'OBI nell'antistante struttura ex Covid onde recuperare spazio per la terapia intensiva, ma non aggiunge spazio per il Servizio.

Per portare a completa soluzione il problema realizzando anche il rimodellamento funzionale sono necessari non meno di **700 mq** in più ed anche un intervento parziale di carattere provvisorio è insignificante se non si aggiungono almeno **400 mq**. L'intervento è facilmente realizzabile perché c'è un amplissimo spazio riguadagnabile sia sotto il porticato che sul fronte libero esterno abbreviando il percorso di accesso dei mezzi e realizzando una nuova camera calda in posizione più avanzata. Si configura così un intervento di "addizione esterna" che consente di non interrompere la continuità del servizio durante il cantiere perché attraverso la campata terminale nord del porticato può essere assicurato un efficace **by-pass** temporaneo al coperto

per l'accesso dei barellati. Va recuperato spazio all'interno del blocco spostando all'esterno, sul fronte sud, gli ambienti di accesso degli utenti deambulanti e di attesa degli accompagnatori (100mq). La dimensione complessiva prima indicata appare sufficiente per **accogliere ed assistere in modo appropriato e dignitoso** un'utenza costituita anche dalla casistica in stand by per un posto-letto nei reparti di degenza, evitando le barelle nei corridoi.

L'ampliamento degli spazi consente una **ridefinizione funzionale** atta a garantire:

- un'ampia zona di **Triage** per espletare l'accettazione e la valutazione rapida della criticità e della complessità clinico-assistenziale della casistica in arrivo;
- la permanenza dei pazienti ripartita in **tre aree attrezzate in ragione del livello di criticità (alta, media e bassa)** superando l'attuale promiscuità, sorvegliate da personale infermieristico; l'area "media" sarà la più capiente (non meno di una ventina di posti-barella separati da tendine laterali al fine di garantire un minimo di riservatezza) onde ospitare anche pazienti in stand-by.

b) Miglioramento del comfort alberghiero delle attuali aree di degenza

Di questa urgenza si è già detto e va prioritariamente risolto in modo definitivo con un'adeguata **climatizzazione** totale e specifica delle aree. Con l'entrata in funzione del Nuovo Blocco le aree di degenza conservate potranno essere in parte **convertite a posto singolo**, innalzando anche qui il livello medio di comfort. La disponibilità andrà riservata sulla base delle esigenze di intensità assistenziale e delle patologie in causa. Ogni camera deve disporre di **bagno interno**. **Nel settore Materno-Infantile tutte** le stanze di degenza dovranno essere utilizzate a **posto singolo** onde poter ospitare una culla e/o il genitore.

c) Realizzazione di una Nuova Ala Ambulatoriale

Questo progetto prevede la realizzazione di un'area ambulatoriale ampia circa 2.300 mq – ubicata al piano -1 del nuovo blocco Sud in razionale e strategica **contiguità con l'accesso pedonale principale**, fornita di Cup e relativi servizi di supporto. Grazie al dislivello del terreno, fruirà su tutti i lati di illuminazione naturale. L'ampio dimensionamento consentirà di ospitare la gran parte dei servizi di valenza ambulatoriale su un piano ove sono già presenti numerosi servizi ambulatoriali (centro salute donna, diabetologia, endoscopia, urologia, trasfusionale, ecc.) ed al piano sottostante è ormai consensualmente concentrata la diagnostica per immagini; con questa soluzione viene limitata al massimo la circolazione di questa utenza ai piani superiori. La suddivisione degli spazi interni dovrà essere preferibilmente articolata in clusters tematici.

d) Realizzazione di un "blocco angiografico-interventistico"

Questa tipologia di procedure interventistiche sta prendendo sempre più spazio perché offre una miriade di vantaggi. È oggi preferibile riorganizzare queste funzioni

articolandole in forma di “blocco” multidisciplinare dotato di non meno di **quattro sale** che consente di riunirle funzionalmente tutte.

La collocazione funzionale ideale, trattandosi di funzioni legate in buona parte al sistema di emergenza, consiste nella collocazione al piano seminterrato al di sotto del DEU; qualora non fosse possibile, può essere utilizzata una parte dello spazio “polmone” al piano -2, facilmente raccordato al DEU dalla seconda bretella sanitaria e dai percorsi verticali.

e) Realizzazione di un piccolo gruppo operatorio ambulatoriale.

Occorrono soltanto un paio di piccole sale dotate degli spazi accessori di accoglienza e supporto. Può essere realizzato sul corpo centrale a T sullo stesso piano del Blocco operatorio principale oppure al 2° piano sullo stesso piano della Day surgery.

f) Realizzazione di una ampia nuova sala operatoria nel blocco principale.

E' resa necessaria dalla sempre più importante dotazione tecnologica utilizzata nelle sale. La soluzione possibile è quella di **trasferire la sterilizzazione** dal blocco operatorio in altro sito da individuare, possibilmente su idoneo spazio recuperabile al piano -2 da connettere con montacarichi dedicati sporco/pulito.

⇒ ***Nuovo assetto distributivo delle funzioni sanitarie***

Questo progetto ha nella flessibilità e nella razionalità funzionale la sua base di impostazione metodologica che gli consentirà di poter affrontare più agevolmente il suo futuro. Non ha perciò senso stabilire fin d'ora, e nei minimi dettagli, la futura allocazione di tutte le funzioni sanitarie nel nuovo assetto strutturale. Daremo perciò soltanto alcune ovvie indicazioni di massima.

a) Riorganizzazione del Dipartimento Materno-Infantile.

L'intervento consiste nel trasferimento della Pediatria-Terapia intensiva neonatale dal primo piano al terzo piano, nell'ala attualmente occupata dall'oculistica, onde riunire sullo stesso piano tutto il Dipartimento; l'**Oculistica va a sua volta trasferita** in altro adeguato sito da individuare preferibilmente ai piani bassi del complesso;

b) Razionalizzazione dell'Area Medica.

il rinnovato assetto strutturale offre la possibilità di riunire tutte le unità di degenza medica in un unico comparto strutturale, fornendo la possibilità di sviluppare molteplici opportunità e sinergie funzionali. La scelta elettiva è quella di dedicare all'area medica ed all'area oncologica tutta la **testata Nord**, ripartendola razionalmente. È possibile realizzare un **decongestionamento** rispetto alla situazione attuale utilizzando una parte delle stanze ad unico posto-letto da riservare alle esigenze di casistica ed intensità assistenziale; è opportuno riassorbire anche la piccola unità di degenza nefrologica collocata nel padiglione esterno. Appare invece opportuno mantenere la **Medicina d'Urgenza** nell'attuale posizione che è complanare al DEU e ad esso connessa direttamente dalla seconda bretella.

c) Riorganizzazione delle unità di terapia intensiva

La Direzione aziendale ha avviato un intervento sull'area intensiva di cui non conosciamo i dettagli in termini di riorganizzazione e capienza programmata complessiva. L'ipotesi funzionalmente preferibile resta quella della realizzazione di un'area intensiva omnicomprensiva (eccetto la neonatale) e subarticolata; qualora non fosse possibile, il nostro duttile progetto rende comunque realizzabili valide soluzioni alternative.

d) Utilizzo delle degenze del Nuovo Blocco Sud

Il blocco, anche per la molteplicità delle funzioni da assolvere, è stato impostato in modo atto ad **evitare rigidità** e garantire, all'opposto, la **massima flessibilità** d'uso. I quattro piani di degenza dispongono di un notevole pool di posti-letto non suddivisi ex ante a schema obbligato, per cui è liberamente articolabile sulla base di esigenze, criteri e mix di opzioni modellistiche caso per caso ritenute elettive: affinità disciplinare, area dipartimentale, intensità assistenziale e quant'altro possibile; scelte agevolmente modificabili al futuro mutare delle esigenze. Nel nostro ospedale c'è una consolidata tradizione di sperimentazione in materia che può essere stimolata da questa opportunità.

Questo blocco è stato altresì concepito come comparto strutturale fortemente connesso con il corpo centrale Est che ospita in particolare il DEU ed il Blocco Operatorio principale attraverso la seconda bretella sanitaria pluripiano. È pertanto logico che la sua destinazione d'uso come area di degenza venga prioritariamente destinata alle funzioni maggiormente legate a questo rapporto.

STIMA DEI COSTI DI REALIZZAZIONE

(edili, tecnico-impiantistici e di predisposizione sanitaria)

1. MIGLIORAMENTO DEL RAPPORTO CON LA CITTA' ED IL TERRITORIO

- Realizzazione di un nuovo parcheggio multipiano in acciaio da 600 posti auto e impianto fotovoltaico da 1.3 MW
Nuova rotonda di accesso e altre opere di urbanizzazione 20 M €
- Nuovo piazzale d'accesso pedonale e scale mobili di accesso 3.5 M €
- Completamento dell'anello viario interno 1.5 M €

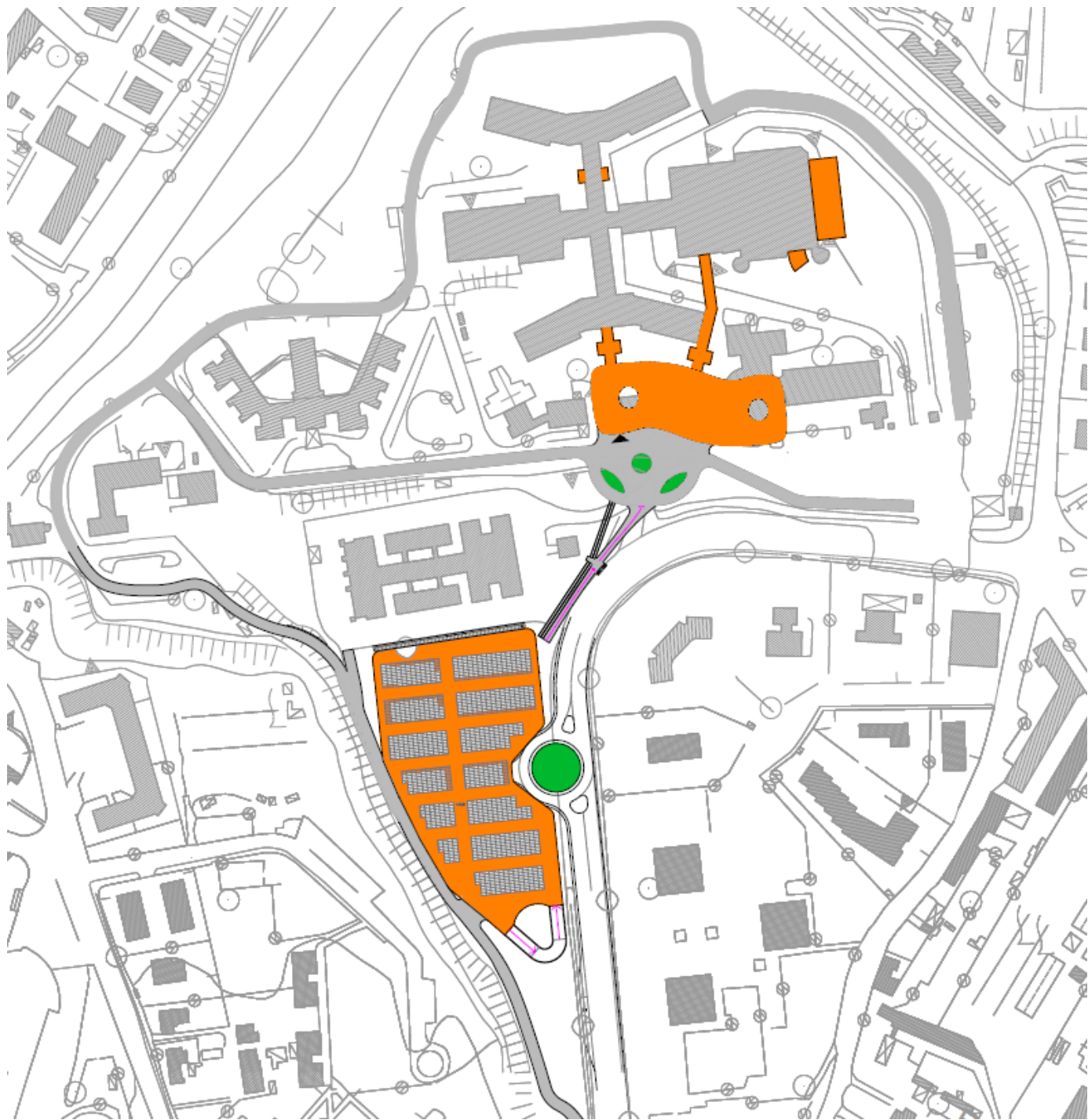
2. IL NUOVO MODELLO FUNZIONALE DEL COMPLESSO OSPEDALIERO

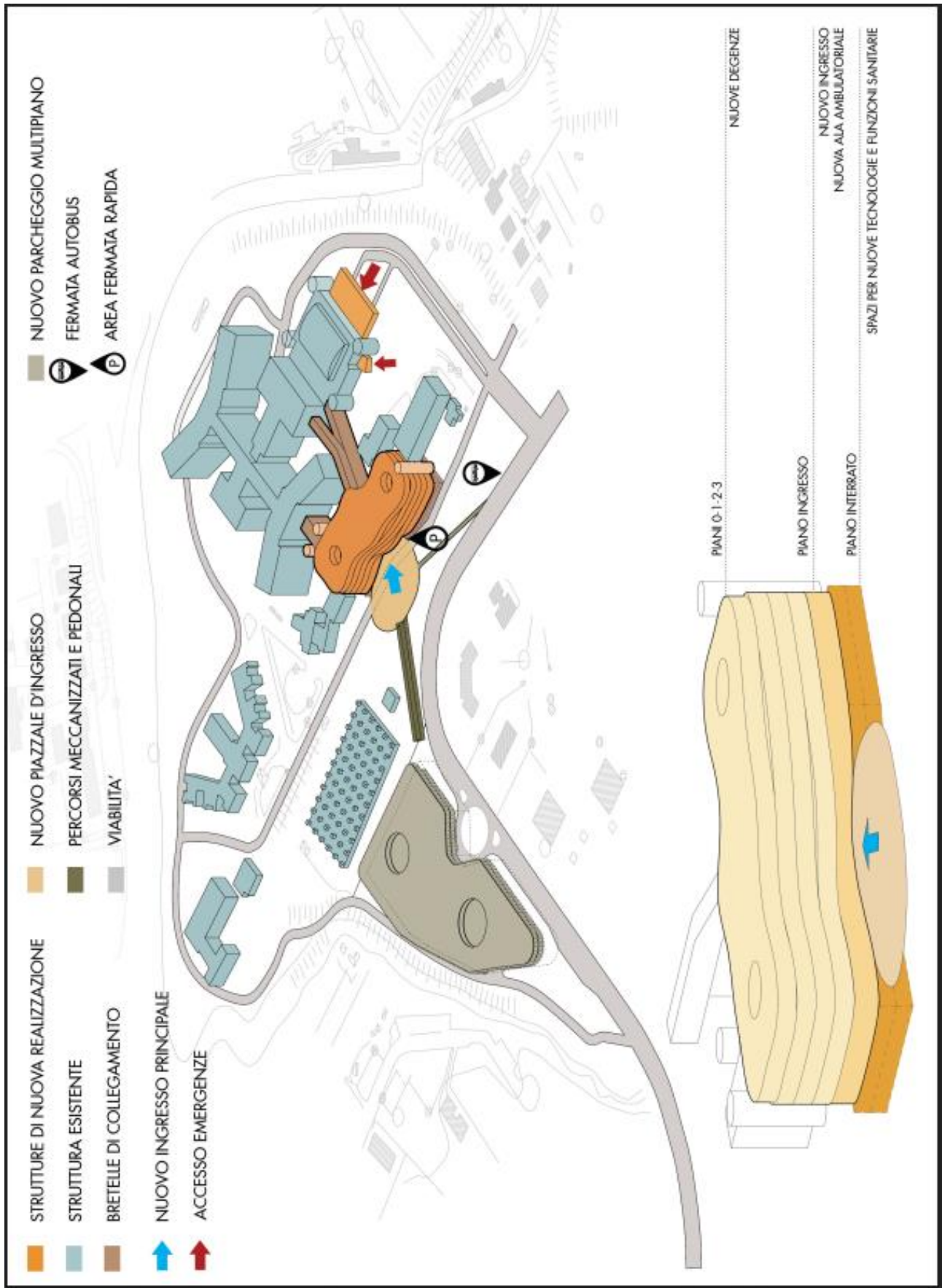
- Demolizione della palazzina uffici, aule e sala conferenze per circa 6000 mc 0.5 M €
- Realizzazione del Nuovo blocco Polifunzionale Sud (300 posti letto) comprensivo di ala ambulatoriale e blocco angiografico 65 M €
- Nuovi percorsi orizzontali (n. 2 bretelle) e opere di collegamento ai blocchi esistenti 13 M €
- Nuovi collegamenti verticali (ascensori, montalettighe, montac.) 2M€

3. MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI

- Ampliamento e rifunzionalizzazione del Pronto soccorso (700 mq) 3 M €
- Razionalizzazione delle degenze delle testate Nord-Sud esistenti comprensivo del miglioramento del confort e di nuova destinazione 20 M €

TOTALE 128.5 M €







Rendering del nuovo ingresso e del nuovo blocco polifunzionale SUD.