



**DOCUMENTO PROGRAMMATICO
ACCORDO DI PROGRAMMA IV FASE
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI
ART 20 LEGGE 67/88**

*Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
UOD Edilizia Sanitaria*

*Il Direttore Generale dell' Ufficio Grandi Opere - PNRR
Dott. Fabrizio Manduca*

*Il Dirigente della UOD Edilizia sanitaria
Dott. Luigi Riccio*

*Il Dirigente dello Staff
Attuazione interventi PNRR
e Edilizia Ospedaliera
Ing. Roberta Santaniello*

*Gruppo di lavoro:
Arch. Consuelo De Pascale – UOD Edilizia Sanitaria
Dott.ssa Maria D'Urzo - UOD Edilizia Sanitaria
Ing. Rocco Salvati- Staff 94 UGO
Arch. Rita Calvanese – Staff 94 UGO
Dott. Carmine Giustiniani – Regione Campania
Arch. Italia Caprio – AORN Dei Colli*

INDICE

A0 – GLOSSARIO

pag. 3

B0 – RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

4

B0.1 – Identificazione dell'Accordo di Programma	10
B0.2 – Quadro finanziario IV FASE	11
B0.3 – Programmazione IV FASE	13
B03.1 – La IV Fase	13
B03.2 – L'ammodernamento dell'offerta ospedaliera	22
B03.2.1 – Completamento del Policlinico Universitario di Caserta "Luigi Vanvitelli" annesso alla facoltà di medicina e chirurgia	24
B03.2.2 – Realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero Pediatrico "Nuovo Santobono"	62
B03.2.3 – Lavori di demolizione e ricostruzione dell'edificio "G"-AORN Sant'Anna e San Sebastiano	71
B03.2.4 – Lavori di ristrutturazione e ampliamento del Presidio Ospedaliero "San Giuseppe Moscati" di Aversa	82
B03.2.5 – Realizzazione del Nuovo Ospedale di Capua Vetere e Nuova	91
B03.2.6 – Lavori di ampliamento e adeguamento del Presidio Ospedaliero "S. Maria della Pietà" di Nola	99
B03.2.7 – Realizzazione del Nuovo ospedale di Castellammare di Stabia	107
B03.2.8 – Riquadificazione e rifunzionalizzazione del Presidio Ospedaliero Cardinale Ascalesi di Napoli	128
B03.2.9 – Intervento di ristrutturazione e adeguamento funzionale e impiantistico dell'ex Plesso Ospedaliero Moscati di Viale Italia	139
B03.2.10 – Ristrutturazione del Presidio Ospedaliero territoriale SS. Annunziata	150
B03.2.11 – Corpi B, C E D Del Nuovo Ospedale di Battipaglia	161
B03.2.12 – Opere di adeguamento sismico delle strutture e adeguamento sale operatorie, gastroenterologia e pronto soccorso del P.O. di Polla	170
B03.2.13 – Completamento delle opere di adeguamento sismico delle strutture e adeguamento impianti antincendio del P.O. di Scafati	176
B03.3 - Potenziamento dell'offerta territoriale	181
B03.4 – Aggiornamento del parco tecnologico	181
B0.4 - Sintesi del raccordo con il passato	184
B04.1 - I Fase	184
B04.2 - II Fase	185
B04.3 - III Fase - Primo stralcio	185
B04.4 - III Fase – Completamento	186
B04.5 - Radioterapia	188
B04.6 - Antincendio	189
B04.7 - Hospice	189

B1 – ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI

191

B1.A – Situazione del contesto e bisogni che ne conseguono	191
B1a.1 – Quadro epidemiologico	192
B1a.2 – Quadro demografico	208
B1a.3 – Quadro socio-economico	213
B1a.4 – Analisi della domanda di prestazioni e della criticità nell'accesso	215
B1a.5 – Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra regionale)	245
B1a.6 – Offerta ante operam	253
B1a.7 – Analisi e valutazione della continuità assistenziale	267
B1.B – Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati	268
B1b.1 – Identificazione dei bisogni assistenziali	269
B1b.2 – Descrizione della strategia	270

B2 – LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

271

B2.A – Obiettivi del Programma

271

B2a.1 – Analisi dei problemi e priorità	271
B2a.2 – La catena degli obiettivi	272
B2a.3 – Interventi progettuali	273
B2a.4 – Offerta post operam	273

B2.B – Coerenza interna della strategia	275
B2b.1 – Relazione di complementarità tra le priorità	275
B2b.2 – Analisi dei rischi	275
B3 – COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE	277
B3.A – Coerenza con la programmazione settoriale ed intersettoriale	277
B3a.1 – Coerenza con il Quadro Strategico Nazionale	277
B3a.2 – Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale	278
B3.B - Sostenibilità degli interventi	279
B3b.1 – Analisi delle condizioni	279
B3b.2 – Sostenibilità economica e finanziaria	279
B3b.3 – Sostenibilità amministrativa e gestionale	279
B3b.4 – Sostenibilità delle risorse umane	280
B3b.5 – Sostenibilità ambientale	281
B3b.6 – Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche	283
B4 – RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	284
B4.A – Sistema degli indicatori	284
B4a.1 – Indicatori di contesto	284
B4a.2 – Indicatori di programma	286
B4a.3 – Indicatori di efficacia ed efficienza	287
B4a.4 – Fonti di verifica	288
B4.B – Impatti del programma	288
B4b.1 - Accettabilità sociale del programma	288
B4b.2 – Valore aggiunto al programma	288
B4b.3 – Health Technology Assessment	289
B5 – SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	290
B5.A – Presupposti e sistemi di gestione del programma	290
B5a.1 – Presupposti organizzativi per la gestione del programma	290
B5.B – Sistemi di monitoraggio del programma	292
B5b.1 – Monitoraggio finanziario	292
B5b.2 – Monitoraggio fisico	292
B5b.3 - Monitoraggio procedurale	293
C – SCHEDE DI RIFERIMENTO	294
C.1 – Matrice del quadro logico	295
C.2 – Analisi S.W.O.T.	297
C.3 – Obiettivi/Indicatori/Interventi	298
C.4 – Sintesi delle informazioni per autovalutazione	300
Tabelle riepilogative	301
• Elenco interventi con importi suddivisi per Aziende Sanitarie	302
• Fabbisogno finanziario per tipologie di intervento	307
• Quadro Finanziario contenuto nell'Accordo di Programma	308

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

A0 - GLOSSARIO

BENEFICIARIO FINALE	Enti pubblico o privato responsabile della committenza degli interventi finanziati con fondi pubblici (statali e/o regionali), come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (art. 20 legge 67/88)
DESTINATARIO	Soggetti individuati come utenti effettivi finali dei beni e servizi sanitari che saranno resi disponibili dagli interventi realizzati
RESPONSABILE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA	Funzionario designato dalla Regione con il compito di coordinare e vigilare sull'attuazione dell'accordo attraverso il monitoraggio periodico; in questo ambito il soggetto responsabile analizza le situazioni di criticità emerse e promuove le azioni correttive
SOGGETTI INTERESSATI	Anche portatori di interesse o stakeholders. Sono tutti i soggetti direttamente interessati all'Accordo di programma quali: il Ministero della salute, il Ministero dell'Economia e Finanze la Regione o la Provincia autonoma, l'Ente interessato. Soggetti indirettamente interessati sono gli enti locali, le imprese e loro associazioni, gli utenti e loro associazioni.
PROGRAMMA	Progetti di genere diverso in differenti settori economici che convergono per raggiungere i medesimi obiettivi specifici e generali
OBIETTIVO GENERALE	Obiettivi di rango più ampio di quelli specifici, aventi per scopo il raggiungimento di modifiche del quadro generale dell'offerta sanitaria e dello stato sanitario della popolazione di riferimento
OBIETTIVO SPECIFICO	Obiettivo da raggiungere attraverso l'attuazione dell'intervento e che avrà durata superiore al progetto stesso. Lo scopo ultimo è sempre quello di ottenere dei benefici sostenibili per il gruppo destinatario dell'intervento progettuale
INTERVENTO	L'azione puntuale che deve essere intrapresa per conseguire un obiettivo operativo. Definito anche come operazione e/o progetto.
PROGETTO	Azione puntuale e/o insieme di attività integrate mirate a raggiungere obiettivi predeterminati in un dato lasso di tempo (da to a ti), secondo un preciso piano d'azione.
INDICATORE	Descrizione operativa degli obiettivi generali, degli obiettivi specifici del progetto e dei risultati, in termini di quantità e di qualità, con l'indicazione del tempo e dello spazio
FONTI DI VERIFICA	Indicano dove e in quale forma sono reperibili le informazioni sul raggiungimento degli obiettivi specifici e dei risultati dell'intervento
QUADRO LOGICO	Strumento che ordina all'interno di una matrice obiettivi, indicatori, fonti di verifica e condizioni di un intervento o di un programma. Gli obiettivi sono elencati in base al loro livello gerarchico
S.W.O.T.	Strumento propedeutico alla programmazione. Evidenzia in modo sintetico punti di forza e di debolezza, opportunità e rischi di un progetto/programma

B0 - RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

Con la deliberazione n. 460 del 20 marzo 2007, la Giunta Regionale della Campania ha approvato l'Accordo sottoscritto tra il Presidente della Regione ed i Ministri della Salute e dell'Economia e Finanze stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 211/2004 con l'allegato Piano triennale di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario della Campania.

A seguito delle risultanze della riunione del 20 luglio 2009, nella quale il Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali ed il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza che hanno valutato un insufficiente grado di attuazione del Piano di Rientro, con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009, il Presidente pro-tempore della Regione Campania veniva nominato Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'art. 4 del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 222. Con la stessa deliberazione il Commissario veniva incaricato di dare attuazione al Piano di rientro dal disavanzo del Servizio sanitario regionale campano ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in diciotto punti e tra questi al riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia (punto 2 della Delibera del consiglio dei Ministri).

Nella prima fase del piano di rientro, il *Commissario ad Acta per il Risanamento del Servizio Sanitario Regionale* ha approvato con decreto n. 49 del 27 settembre 2010, il primo piano di *"riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro"*.

Con tale decreto commissariale la Regione Campania, sulla base di quanto stabilito dal Piano di rientro e dai connessi programmi operativi, aveva programmato l'offerta di posti letto al fine di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia da conseguire tramite interventi di dismissione, riconversione e riorganizzazione dei presidi ospedalieri che non sono più in grado di garantire qualità, sicurezza, appropriatezza ed economicità nell'erogazione dei livelli assistenziali e, nel contempo, promuovere l'assistenza territoriale.

La riorganizzazione della rete ospedaliera costituiva un intervento di tipo *"strutturale"* che prevedeva:

- una riqualificazione dei presidi ospedalieri inseriti nella rete dell'emergenza;
- la riconversione dei piccoli ospedali in strutture di tipo territoriale;
- una riduzione complessiva dei posti letto;
 - il riequilibrio nell'offerta di posti letto tra posti letto per acuti e posti letto per riabilitazione e lungodegenza.

La successiva legislazione ha, poi, modificato i riferimenti normativi cui il primo piano ospedaliero risultava ancorato.

Il DL 95/2012, convertito in legge n. 135 del 7 agosto 2012, ha, infatti, ridefinito lo standard di posti letto e il Regolamento approvato in Conferenza Stato - Regioni e PP.AA. il 5.08.2014 ha introdotto un puntuale modello organizzativo, gli standard in relazione a modelli di complessità, discipline e bacini di utenza ed alcuni vincoli. Con il DM 2 aprile 2015 n. 70 si è proceduto alla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera.

La nuova normativa sanitaria ha imposto un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazioni dei posti letto.

Piano Ospedaliero Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera

La Regione ha completato il piano ospedaliero ai sensi del DM 70/2015, con il decreto commissariale n. 103 del 28.12.2018.

In linea con gli obiettivi del Piano di Rientro, il nuovo Piano Ospedaliero vuole riequilibrare il rapporto tra assistenza ospedaliera e territoriale, descritto nella griglia LEA, nello sforzo di realizzare quella continuità di cure che integra l'offerta dei servizi attraverso i livelli di cura e risponde ai fabbisogni crescenti legati alle malattie croniche, alle comorbidità, all'invecchiamento della popolazione.

In tal senso la gestione dell'emergenza-urgenza trova una sua strategica risoluzione nella necessaria interconnessione operativa con la rete dei Distretti e delle Cure Primarie, a garanzia della continuità assistenziale. Una crescente ed efficace integrazione ospedale-territorio renderà più efficiente la Rete Ospedaliera.

Vanno, dunque, previste forti azioni di integrazione per la gestione dei codici a bassa gravità (bianchi e verdi), attraverso Protocolli di intesa nell'ambito delle Macroaree tra ASL e Aziende Ospedaliere di riferimento, per una virtuosa interfaccia tra Emergenza e Continuità Assistenziale.

Con la nuova programmazione della rete ospedaliera, in particolare, è stata evidenziata la criticità rappresentata dal ridotto numero di posti letto ordinari anche per quei presidi per i quali nella precedente programmazione ospedaliera, era stata programmata la chiusura o la riconversione in attività territoriali. Con il nuovo piano ospedaliero, se ne prevede il recupero anche attraverso un nuovo modello di stabilimento accorpato ad un presidio principale.

Viene previsto, pertanto, in applicazione del DM 70/2015, un incremento dei posti letto per una migliore equità di accesso alle cure sui vari bacini di popolazione e per contrastare la mobilità passiva verso altre regioni.

L'attuale dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati del SSR (flusso HSP 2015) è di n. 18.204 posti letto (pari a 3,26 PL x 1.000 ab su pop. "pesata"), di cui 16.227 posti letto per gli acuti (pari a 2,91 PL x 1.000 ab. su pop. "pesata") e 1.977 posti letto per i post acuti (pari a 0,35 PL x 1.000 ab. su pop. "pesata").

In applicazione degli standard di cui al DM 70/2015 e al nuovo piano ospedaliero, che prevedono nuovi parametri per l'individuazione dei posti letto il numero è quindi pari a 19.841 posti letto (pari a 3,6 PL per 1000 abitanti – popolazione "pesata"), di cui 16.191 per acuti (pari a 2,90 PL x 1.000 abitanti) e 3.650 posti letto post-acuzie (pari a 0,7 PL x 1.000 abitanti). Tale dotazione corrisponde alla programmata attivazione di 1.637 posti letto aggiuntivi.

Nell'ottica di razionalizzazione e redistribuzione, il nuovo Piano ospedaliero prevede:

- un potenziamento significativo dei posti letto per post acuti (in particolare quelli di riabilitazione codice 56);
- un incremento dei posti letto per acuti in specifiche discipline, e contestuale ridimensionamento per altre discipline, con il potenziamento dell'offerta pubblica complessiva;
- una rivisitazione dell'offerta privata con l'obiettivo di pervenire allo standard per bacino di utenza per singole aree e discipline, con conseguente riequilibrio tra i posti letto acuti e post acuti.

Al riassetto organizzativo della sanità della regione Campania contribuisce in maniera sostanziale un modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Con il nuovo piano ospedaliero, si intende superare le criticità dell'offerta sanitaria attraverso una rimodulazione e riqualificazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015. In particolare il Piano insieme ad altri interventi si pone anche i seguenti obiettivi:

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione: la Regione registra un tasso di ospedalizzazione nel 2014, 2015 e 2016 superiore allo standard atteso pari a 160/1000 abitanti.

- Ottimizzazione dei DRG “critici”: riduzione della percentuale regionale dei DRG critici per i quali ci si attesta ad una percentuale del 13,7%;
- Miglioramento delle liste di attesa per interventi chirurgici, in particolare per patologie tumorali.

L'incremento dei posti letto ottenuto in applicazione del DM 70/15 permetterà una migliore equità di accesso alle cure sui vari bacini di popolazione e costituirà uno strumento di contrasto alla mobilità regionale.

Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura - DGRC n. 378 del 23.07.2020 integrata dalla DGRC 168 del 06.04.2022 e dalla DGRC 308 del 31.05.2023

La Regione Campania ha adottato, con Delibera di Giunta Regionale n. 378/2020, il «*Piano di riorganizzazione/ potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania*», ai sensi del D.L. 34/2020.

Il Piano è stato approvato dal Ministero della Salute in data 24 luglio 2020 ed attualmente è in corso di realizzazione.

La Regione ha gestito la prima fase emergenziale della pandemia SARSCoV-2 realizzando diversi modelli di riferimento, dall'individuazione di presidi ospedalieri a destinazione e trattamento esclusivo di patologie COVID-19, alla riconversione parziale di strutture ospedaliere con separazione dei percorsi, alla riconversione di unità operative di degenza in reparti COVID, all'allestimento di tende mobili per implementare e diversificare le aree di pre-triage e triage, alla realizzazione di strutture modulari con posti letto ad alta intensità di cura.

Successivamente, con il graduale ripristino delle attività ordinarie e l'entrata a regime della rete ospedaliera che ha dato prova di flessibilità e rapida conversione, si è reso necessario rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza legata al prosieguo della situazione infettivologica. Il Piano, infatti, è stato adottato con l'obiettivo di rendere la rete ospedaliera regionale in grado di affrontare in maniera ottimale le eventuali successive ondate della corrente pandemia e fronteggiare le nuove emergenze epidemiche ormai prevedibili con ricorrenza periodica.

Il Piano si sostanzia fondamentalmente in un incremento di posti letto appartenenti all'area critica, ossia di posti letto di terapia intensiva (codice 49) e semi-intensiva, questi ultimi quale riconversione di posti letto di area medica, permette, altresì, di garantire anche una pluralità di soluzioni assistenziali e in particolare di:

- rafforzare la risposta della rete ospedaliera alle molteplici emergenze, tra cui prioritariamente quelle delle reti tempo-dipendenti e consolidare, nel contempo, lo sviluppo delle reti assistenziali specialistiche ad alta intensità di cura;
- utilizzare quota parte dei posti letto a media ed alta intensità di cura per il pieno recupero di attività pre e postoperatorie ordinarie di chirurgia maggiore a medio-alta complessità. Rientra in tale logica anche il miglioramento gestionale e l'efficientamento delle sale operatorie e delle attività chirurgiche specialistiche, così come anche quelle delle discipline mediche connesse all'alta specializzazione;
- qualificare e mettere in sicurezza la rete dei posti letto di terapia intensiva, riorganizzata per livelli di complessità;
- decongestionare le aree critiche dei Pronto Soccorso e della Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, spesso sovraffollate di pazienti critici necessitanti di elevata intensità di cure.

In particolare, il Piano di riorganizzazione approvato con la detta delibera 378/2020 ha previsto, per la Regione Campania, il finanziamento di 553 posti letto di terapia intensiva e 421 di semi-intensiva, per una spesa totale prevista di ca. 178,6 €/mln, necessari alla realizzazione di interventi

connessi all'attivazione di posti letto di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva, Pronto Soccorso e Ambulanze, dei quali:

- ca. 163,8 €/mln finanziati dal DL n. 34/2020 (come riportato nell'ambito allegato D);
- ca. 14,8 €/mln finanziati da risorse proprie regionali.

Successivamente, in data 1° febbraio 2021, il Commissario Straordinario per l'emergenza COVID-19 ha pubblicato il "*Disciplinare di attuazione economico-finanziaria e relativa rendicontazione delle spese*". Nell'ambito di tale disciplinare, tra l'altro, è stata prevista la possibilità di rimodulare gli interventi per renderli più aderenti alle effettive esigenze e/o alle disponibilità finanziarie. Alla luce di tali considerazioni i soggetti attuatori hanno provveduto ad inviare al Gruppo di Supporto del Commissario Delegato le richieste di rimodulazione degli interventi che si sono resi necessari principalmente per le seguenti motivazioni:

- rimodulazione degli importi, alla luce dei chiarimenti illustrati nell'ambito del disciplinare del 1° febbraio 2021;
- sopraggiunte valutazioni di carattere sia tecnico che sanitario che in alcuni casi hanno richiesto una rivisitazione della distribuzione dei posti letto al fine di garantire una dotazione strutturale di posti letto più aderente all'evoluzione del quadro pandemico;
- aggiornamento degli importi dei quadri economici resi necessari a seguito del completamento degli studi di fattibilità degli interventi;
- aumento delle superfici oggetto di intervento con conseguente aggiornamento dei relativi quadri economici.

Nell'aprile del 2022 è stata emanata la delibera n. 168/2022 di rimodulazione degli interventi che si sono resi necessari alla luce delle sopraggiunte valutazioni di carattere sia tecnico che sanitario, manifestate dai Soggetti Attuatori.

Nell'ambito delle attività di rimodulazione si è inoltre tenuto conto di una quota di ca. 1,4 €/mln relativa ai ventilatori polmonari ceduti dalla struttura commissariale successivamente all'approvazione dei piani di riorganizzazione.

Alla luce di tali considerazioni, la rimodulazione prevede investimenti per ca. 205,2 €/mln, di cui ca. 163,8 €/mln finanziati dal DL n. 34/2020, ca. 34,8 €/mln finanziati da risorse proprie regionali, ca. 6,6 €/mln finanziati da donazioni private e ca. 1,4 €/mln di ventilatori polmonari ceduti e finanziati dalla struttura commissariale (non rientranti dunque nella quota a carico dello Stato); a fronte dei ca. 178,6 €/mln previsti dalla DGRC n. 378/2020. Tale proposta di rimodulazione non determina alcuna variazione al numero totale di posti letto da realizzare e da finanziare.

Piano Regionale di programmazione della Rete di Assistenza Territoriale

Con il "*Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale*", approvato con DCA n. 83 del 31.10.2019, la regione Campania ha definito l'offerta e il modello organizzativo funzionale dell'assistenza territoriale, e, in particolare, individuato e descritto tra l'altro:

- il ruolo del distretto e dei dipartimenti strutturali (prevenzione, salute mentale, dipendenze);
- la riprogettazione delle cure primarie e del ruolo del MMG e dello specialista ambulatoriale;
- la configurazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie intermedie fra ospedale e domicilio;
- i percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio;
- gli strumenti di governance delle attività territoriali;

- il potenziamento degli attuali sistemi informativi e digitali a supporto della rete territoriale, nonché della telemedicina a domicilio;
- la definizione dei fabbisogni dell'offerta pubblica e privata accreditata, delle tariffe, nonché degli interventi di edilizia sanitaria programmati;
- il ruolo delle reti assistenziali in particolare di quelle connesse alle malattie croniche;
- il cronoprogramma delle azioni di riorganizzazione, della pianificazione attuativa aziendale e del relativo monitoraggio;
- la valutazione dell'impatto economico.

La Regione, inoltre, ha stabilito il processo di aggiornamento dei manuali di autorizzazione e accreditamento e definito le azioni di riorganizzazione per la pianificazione attuativa aziendale, da realizzarsi attraverso:

- emanazione di *Linee di Indirizzo per la redazione dei Piani Attuativi Aziendali*, con le quali si precisano gli obiettivi, le procedure, le modalità operative nonché l'individuazione di specifici indicatori di monitoraggio per la valutazione in itinere dei piani attuativi aziendali, strutturati sulla base di quanto previsto nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA;
- elaborazione del *Piano attuativo* da parte dell'ASL, comprensivo degli indicatori di monitoraggio, dei livelli di attuazione (cronoprogramma) e degli effetti assistenziali ed economici;
- validazione regionale del Piano attuativo aziendale;
- determinazione del fabbisogno regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Con delibera della Giunta Regionale n. 475 del 03/11/2020 è stato approvato il "*Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale*" che tiene conto delle indicazioni ministeriali di cui al Decreto Legge n.34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, in merito agli interventi da adottare al fine di contenere la diffusione dell'epidemia da CoViD-19 e fronteggiare tutte le possibili situazioni determinate dalla gestione dei pazienti a diversi livelli di gravità.

L'epidemia da CoViD-19 ha determinato la necessità di individuare nuovi modelli organizzativi idonei a rispondere alle necessità assistenziali dei pazienti e a garantire contestualmente la sicurezza degli operatori. Si tratta di interventi mirati sia al setting assistenziale ospedaliero che a quello territoriale.

L'organizzazione dell'assistenza territoriale in situazione di emergenza epidemica richiede particolare attenzione, oltre che all'individuazione delle persone contagiate e al tracciamento rapido dei contatti, quale strumento fondamentale per la prevenzione ed il controllo della diffusione della malattia, alla presa in carico sul territorio e a domicilio del paziente contagiato.

Una efficace ed efficiente gestione del paziente sul territorio e a domicilio mira a ridurre l'ospedalizzazione, ove possibile, dei pazienti CoViD-19 mediante la possibilità di fornire prestazioni di tipo diagnostico, terapeutico, di supporto generale e di monitoraggio delle funzioni vitali, tendenti a prevenire precocemente le complicanze della patologia.

Il Piano di organizzazione dell'assistenza territoriale ha previsto:

- a) Potenziamento delle attività di Contact-Tracing e sorveglianza attiva
- b) Potenziamento USCA

- c) Potenziamento della Assistenza domiciliare integrata
- d) Centrali operative territoriali e centrale operativa regionale
- e) Potenziamento del sistema di assistenza primaria

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC)

Con D.M. del 20 gennaio 2022, il Ministro della Salute ha disposto la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari, previsti dalla Missione 6 - Componenti 1 e 2, con cui sono state assegnate alla Regione Campania € 915.772.974,86, e individuati gli obblighi impartiti ai soggetti attuatori ai fini dell'attuazione dell'investimento.

L'intervento è coordinato dal Ministero della Salute e si attua attraverso i *Contratti Istituzionali di Sviluppo* (CIS), da sottoscrivere, secondo lo schema elaborato dal medesimo Ministero, con i soggetti attuatori, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano.

La Regione Campania, ai fini della sottoscrizione del CIS, ha adottato, con deliberazione n. 195 del 26 aprile 2022, il Piano Operativo Regionale contenente per ciascun investimento programmato gli Action Plan e le schede dei singoli interventi, con delega alle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario regionale dell'esercizio delle competenze relative all'avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi contenuti nel piano, fatta salva la competenza della Regione – quale Soggetto attuatore – per tutte le attività di regia, coordinamento e monitoraggio fisico e finanziario, della rendicontazione degli interventi.

Il richiamato DM 20 gennaio 2022, nel ripartire le risorse per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari tra i singoli interventi interessati:

- M6C1 1.1 *“Case della Comunità e presa in carico della persona”*;
- M6C1 1.2 *“Casa come primo luogo di cura e Telemedicina”* - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT) - Interconnessione aziendale, Device;
- M6C1 1.3 *“Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità”*;
- M6C2 1.1 *“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”* (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature – nuovi progetti e FSC);
- M6C2 1.2 *“Verso un ospedale sicuro e sostenibile”*;
- M6C2 1.3. *“Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione”*;
- Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK....) - Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie);
- M6C2 2.2 (b) *“Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere”*;
- PNC – *“Verso un ospedale sicuro e sostenibile”*.

Oltre ai suddetti interventi di investimento, per le finalità attuative del PNRR, la Regione ha ritenuto opportuno includere nel *Piano operativo regionale* anche i seguenti:

- M6C2 1.1 *“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”* (Rafforzamento strutturale del SSN);
- M6C2 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE);
- M6C2 2.2 (a) *“Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - borse aggiuntive in formazione di medicina generale.*

B0.1 - Identificazione dell'Accordo di Programma

Il presente Documento Programmatico individua le scelte progettuali che traducono in azioni concrete sul territorio le disposizioni del Piano Ospedaliero e del Piano Territoriale, attraverso la definizione degli interventi da attuare sul territorio della Campania secondo un programma pluriennale da realizzare nel triennio 2023/2025.

La visione sull'arco temporale pluriennale soddisfa e definisce compiutamente l'organizzazione e le strategie messe a punto dalla Regione.

La programmazione funzionale dei servizi è confrontata con l'organizzazione territoriale delle infrastrutture edilizie e tecnologiche, definendo i punti di coerenza tra gli obiettivi di piano volti alla riorganizzazione delle attività e dei modelli dell'offerta sanitaria ed i contenitori fisici adibiti ad accoglierli. La declinazione sul territorio dei modelli di offerta sanitaria si traduce in azioni di tipo tecnico sugli involucri e sulle tecnologie finalizzate alla piena realizzazione del modello di sistema HUB&Spoke per gli acuti e del collegamento tra la rete territoriale, rafforzata dalla realizzazione delle Case della Salute, e la rete ospedaliera.

Da tale confronto scaturiscono gli obiettivi della nuova programmazione. Essa è fondamentalmente incentrata

- 1) sulla realizzazione di nuovi ospedali progettati secondo le più moderne concezioni in sostituzione degli ospedali costruiti tra gli anni '50 e '60, ancorati a criteri di sviluppo del modello verticale, ritenuto altamente inefficiente, alla luce dei costi da sostenere per i necessari adeguamenti alla normativa antincendio e antisismica, anche al fine di contrastare la mobilità sanitaria passiva, nonché il completamento di ospedali esistenti.

Sono programmati quattro nuovi ospedali: il nuovo ospedale pediatrico Santobono-Pausilipon, il nuovo ospedale di Castellammare di Stabia, il nuovo presidio ospedaliero di Santa Maria Capua Vetere, il nuovo ospedale di Battipaglia, nonché un importante intervento di adeguamento ed ampliamento del P.O. di Nola. Le nuove realizzazioni si rendono necessarie in quanto le strutture che attualmente ospitano le attività ospedaliere versano in stato di deterioramento, non sono in grado di garantire gli elevati standard di qualità necessari per svolgere una moderna attività medico-assistenziale.

Per l'AO Santobono Pausilipon, come riportato nei documenti della Azienda Ospedaliera inviati a corredo del programma, è emerso in particolare che l'attuale assetto logistico che si sviluppa su tre sedi, di cui una ospita la direzione e gli uffici amministrativi, presenta una carenza endemica di spazi in quanto i due presidi sono lontani tra loro, situati in aree altamente congestionate avendo, fra l'altro, al proprio interno, raggiunto da tempo i limiti edificatori imposti dalle vigenti normative edilizie comunali che rendono estremamente difficoltosi gli adeguamenti normativi, sia strutturali che impiantistici, impedendone di fatto l'incremento dei servizi sanitari alla popolazione.

In generale, dall'istruttoria effettuata è emerso che l'ammontare della spesa per la completa ristrutturazione e per gli adeguamenti alla normativa antisismica delle attuali strutture ospedaliere, i tempi occorrenti per l'esecuzione dei lavori, con conseguente interruzione delle attività ospedaliere e laboristiche, la sicurezza antincendio ed impiantistica, l'adeguamento dei reparti ai requisiti minimi strutturali di cui alla DGR 7301 del 31.12.2001, l'adeguamento degli ascensori e dei monti letto, il problema dei parcheggi e della viabilità, rappresentano le principali motivazioni base alla programmazione di nuovi ospedali. Sui costi, si evidenzia che il solo adeguamento alla normativa antisismica, ad esempio, implicando la “denudazione” della struttura con interventi di “manutenzione pesante”, secondo le tariffe concordate a livello

ministeriale, comporterebbe un costo di circa 2.000 €/mq. La ristrutturazione dei vari plessi ospedalieri, pertanto, comporterebbe costi di per sé elevati.

La scelta di costruire ospedali in sostituzione di quelli esistenti è stata già avviata nella "Terza fase, Completamento" dell'Accordo di Programma,

Prima ancora di motivazioni scientifiche, si tratta di una valutazione dell'impatto assistenziale, della miglioria delle cure offerte e dei costi, che spingono, laddove siano disponibili aree, alla programmazione di ospedali nuovi in luogo della ristrutturazione delle strutture esistenti.

Gli attuali ospedali spesso sono costituiti da strutture poli-blocco, che si sviluppano in diversi padiglioni. Presentano varie criticità con i layout di struttura ormai superati e non adatti a una sanità moderna.

Di interesse in questo percorso sono le analisi condotte dal Centro nazionale per l'edilizia e la tecnica ospedaliera "Cneto", che promuovono la costruzione di ospedali sempre più bassi e sviluppati in orizzontale, in quanto le vecchie strutture costruite seguendo un modello verticale, sarebbero inefficienti, penalizzando ospitalità, efficienza e flessibilità. Nei nuovi ospedali con non più di tre / quattro piani, andrebbe rivista la localizzazione delle sale operatorie e del pronto soccorso, nonché la definizione dei reparti, sostituiti a zone divise in base alla gravità del quadro clinico del paziente che non deve essere costretto a trasferimenti verticali o essere "trasportato" per più di 100 metri. Tutto ciò significa condizioni migliori per il malato - oggi in alcuni ospedali il passaggio da un reparto ad un altro è fatto addirittura in ambulanza - e minori risorse da impiegare. Secondo tali analisi, se ai vantaggi sulla qualità dell'assistenza si aggiungono i risparmi conseguenti ai miglioramenti nella logistica, nei trasporti interni, nella movimentazione di cose e persone, alla maggiore attenzione all'efficienza energetica, la costruzione di nuovi ospedali potrebbe consentire di realizzare risparmi, nella misura indicata, per il sistema sanitario.

- 2) sul completamento del nuovo Policlinico di Caserta- polo assistenziale di fondamentale rilevanza per l'area casertana e napoletana- nonché su lavori di ampliamento e ristrutturazione del P.O. di Aversa (CE) e del P.O. Cardinale Ascalesi dell'IRCCS Pascale di Napoli;
- 3) sulla ristrutturazione e l'adeguamento funzionale edile ed impiantistico di due ospedali esistenti, uno dei quali da riconvertire ad attività territoriali (Presidio S. Annunziata dell'ASL Napoli 1 centro ed ex PO Moscati di Viale Italia ad Avellino), la rifunzionalizzazione del P.O. di Scafati, l'adeguamento antisismico del P.O. di Polla (ASL Salerno), nonché lavori di demolizione e ricostruzione di un padiglione del complesso assistenziale dell'AORN di Caserta.

Tali interventi edilizi consentono di identificare in modo semplice ed univoco i punti di coerenza con gli atti di programmazione assunti dalla Regione Campania in attuazione del D.M. 70/2015 *"Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*.

B0.2 - Quadro finanziario IV FASE

L'art. 5 bis del D.Lgs. 502/1992 prevede che il Ministro della Salute, nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'art. 20 della legge n. 67/1988, possa stipulare accordi di programma con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati, acquisito il concerto con il Ministro dell'economia e finanze e d'intesa con la Conferenza Stato Regioni, nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato.

Il presente Accordo di programma ha la finalità di perseguire, in modo appropriato e complementare, la riqualificazione e razionalizzazione della rete dei servizi sanitari della Campania, nell'ottica di dare piena attuazione alla programmazione sanitaria regionale esplicitata nel Piano Ospedaliero e nel Piano Territoriale, che rappresentano gli effettivi strumenti per indurre quelle riforme di tipo strutturale in grado di assicurare maggiore appropriatezza delle cure erogate ai cittadini e, nel contempo, contenere la spesa senza ridurre i livelli essenziali di assistenza.

Risorse disponibili

L'importo a disposizione della Regione Campania per la sottoscrizione del nuovo Accordo di

programma di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico ammonta: ad € 837.498.846,76, a carico dello Stato; € 118.078.886,67 a carico della Regione, a valere sul PR FESR 2021/2027; € 1.550.000,00, quale il cofinanziamento aziendale, come di seguito dettagliato:

STATO	PR FESR 2021/2027	COFINANZIAMENTO AZIENDALE	TOTALE
€ 837.498.846,76	€ 118.078.886,67	€ 1.550.000,00	€ 957.127.733,43

A) € 837.498.846,76, quale quota a carico dello Stato. A tale importo al quale si aggiungerà la somma corrispondente alle revoche richieste dalla Regione Campania ai sensi dei commi 310 e 311 dell'art. 1 della legge n. 266/2005, come di seguito dettagliato:

- scheda n. 34 dell'Accordo di programma di III Fase – I Stralcio, sottoscritto il 16.01.2018, per l'importo a carico dello Stato di € 7.600.000,00;
- scheda n. 41 dell'Accordo di programma sottoscritto il 23.08.2019, per l'importo a carico dello Stato quota Stato di € 10.450.000,00;

per l'importo complessivo a carico dello Stato di € 18.050.000,00 che, ai sensi del succitato art. 1, comma 311 della legge 266/2005, potrà essere utilizzato per la sottoscrizione dell'accordo di programma di edilizia sanitaria all'atto dell'adozione del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di ricognizione delle risorse disponibili, ai sensi dell'art. 1, comma 311 della legge 266/2005. Di seguito il dettaglio:

FONDI DISPONIBILI - ACCORDO DI PROGRAMMA IV FASE	
	Quota Statale
Comma 555 L. 30.12.2018 n. 145 (Delibera CIPE 51 del 24.07.2019)	378.951.360,64
Comma 81 L. 27.12.2019 n. 160	189.189.504,00
Comma 442 L. 30.12.2020 n. 178	189.189.504,00
Comma 263 L. del 30.12.2021 n. 234	179.343.556,12
SOMMA	936.673.924,76
RISORSE DESTINATE AL FINANZIAMENTO DEL Piano pandemico influenzale 2021-2023 PanFLU	99.175.078,00
QUOTA STATALE DISPONIBILE NUOVO ACCORDO	837.498.846,76
Revoca scheda 34 AO Caserta quota Stato	7.600.000,00
Revoca scheda 41 AO Santobono-Pausilipon quota Stato	10.450.000,00
QUOTA STATALE COMPLESSIVA	855.548.846,76

B) € 118.078.886,67, a carico della Regione, a valere sul PR FESR 2021/2027;

C) € 1.550.000,00, quale il cofinanziamento aziendale.

Quota destinata alle tecnologie

Successivamente alla sottoscrizione dell'Accordo di programma di edilizia sanitaria di III Fase – Completamento - sottoscritto il 23.08.2019, la Regione ha avviato investimenti finalizzati all'ammodernamento tecnologico per l'importo complessivo di € 355.158.132,90.

Dunque, ai fini del rispetto dell'art. 10 dell'Intesa tra lo Stato le Regioni e le PP.AA del 23 marzo 2005, la Regione Campania dichiara che :

- ha già effettuato e/o ha in corso investimenti per l'ammodernamento tecnologico per una quota superiore al 15%;

- nel presente Documento, ha programmato investimenti in attrezzature, per l'importo di € 86.043.640,55.

Si evidenzia che:

- a. i piani di fornitura delle tecnologie biomediche sono coerenti con la programmazione sanitaria regionale, che ne garantisce la piena rispondenza al presente Accordo di Programma;
- b. le tecnologie che saranno acquistate saranno installate nei presidi sanitari aziendali e dagli stessi presidi, direttamente, usufruite;
- c. nei casi di nuova implementazione di attrezzature, le Aziende sanitarie proponenti hanno attestato la sostenibilità organizzativa, anche in termini di risorse professionali e strumentali, degli investimenti, nonché la loro coerenza con la programmazione sanitaria aziendale.

B0.3 – Programmazione IV FASE

B0.3.1 - La IV Fase

La IV Fase della programmazione delle risorse dell'art. 20 della L. 67/88 prevede il finanziamento di 13 interventi attraverso l'utilizzo dell'intera cifra ancora disponibile.

Tali interventi affrontano gli aspetti di criticità massima del sistema (ospedali di vecchia concezione e costruzione ed in stato di inadeguato stato di manutenzione e rispetto della normativa vigente, carenza di posti letto), in attuazione della normativa nazionale del D.M. 70/2015, del DM del Marzo 2015 sulla normativa antincendio ed in generale a tutta la normativa in materia di sicurezza, nonché dei protocolli anti Covid che comportano adeguamenti nell'organizzazione delle funzioni assistenziali e ai percorsi dei pazienti covid / non covid;

Da tale confronto scaturiscono i principali aspetti della presente programmazione:

1. l'ammodernamento dell'offerta ospedaliera attraverso la realizzazione di nuovi ospedali in sostituzione di ospedali oramai inefficienti, in linea con percorsi, già avviati da questa e da altre Regioni che stanno programmando la costruzione di nuovi ospedali in sostituzioni di ospedali oramai inefficienti, anche per la riduzione della mobilità sanitaria passiva e l'aumento di attrazione degli ospedali pubblici;
2. il completamento e/o l'ampliamento di ospedali per adeguare la disponibilità dei posti letto nella macroarea di Caserta, ancora sottodimensionata in termini di posti letto: Completamento del nuovo Policlinico di Caserta, lavori di ampliamento e ristrutturazione del P.O. di Aversa (CE);
3. la ristrutturazione e l'adeguamento funzionale edile ed impiantistico di due ospedali, uno dei quali da riconvertire ad attività territoriali, la rifunzionalizzazione del P.O. di Scafati, l'adeguamento antisismico del P.O. di Polla (ASL Salerno), nonché lavori di demolizione e ricostruzione di un padiglione del complesso assistenziale dell'AORN di Caserta;
4. l'aggiornamento e il potenziamento del parco delle attrezzature tecnologiche nei nuovi ospedali, anche per la riduzione delle liste d'attesa.

A tal fine, si evidenzia quanto segue:

- a) gli interventi di nuova costruzione e/o di ampliamento di strutture esistenti, rispetteranno la normativa vigente, con particolare riferimento alla normativa antisismica e antincendio;
- b) gli interventi di ristrutturazione degli ospedali e delle strutture territoriali inseriti nel presente Accordo di programma comportano l'adeguamento alla normativa antincendio delle aree interessate e, in ogni caso, non si sovrappongono agli interventi inclusi nel programma regionale di adeguamento alla normativa antincendio finanziato con le risorse di cui alla Delibera CIPE n. 16 dell'8 marzo 2013;
- c) per quanto riguarda, infine, l'adeguamento alla normativa regionale, l'atto di riferimento è rappresentato dalla delibera regionale n. 7301 del 31.12.2001, che in attuazione del DPR 14.01.97, ha disciplinato i requisiti minimi delle strutture per l'esercizio delle attività sanitarie. Per tutti gli interventi la soluzione tecnica adottata terrà conto di quanto previsto circa le necessità di assicurare la continuità terapeutica

in fase di esercizio con riferimento ai requisiti minimi strutturali di cui al succitato DPR;

- d) per tutti gli interventi programmati nel presente Documento non vi è sovrapposibilità dei finanziamenti.

Per l'individuazione degli interventi da finanziare, gli uffici competenti della Regione Campania hanno tenuto una serie di incontri con le Direzioni delle Aziende sanitarie e ospedaliere regionali.

Per quanto riguarda la stima del costo degli interventi proposti nell'ambito dell'Accordo, salvo quanto non sia diversamente specificato, si è fatto riferimento agli indicatori per la costruzione e per la ristrutturazione ospedaliera nonché per le strutture territoriali- già approvati in sede Commissione salute e comunque riaggiornati per tener conto dell'incremento del costo della materia prima dopo la pandemia Covid-19.

Con particolare riferimento ai siti di realizzazione si evidenzia che per alcuni interventi saranno necessarie procedure di esproprio e/o di acquisto dei suoli quali: l'ospedale di Sessa Aurunca (ASL Caserta), il nuovo Polo Pediatrico "Nuovo Santobono" della zona occidentale di Napoli (AO Santobono-Pausilipon), l'Ospedale di Castellammare di Stabia e di Nola (Napoli 3 Sud); nonché la realizzazione per la costruzione del nuovo presidio ospedaliero di Santa Maria Capua Vetere (ASL Caserta).

Più specificamente, il programma, articolato per macro aree prevede:

Macro-Area delle province di Avellino e Benevento

Le due ASL di Avellino e Benevento sono contigue con una popolazione residente complessiva, utilizzata per determinare il fabbisogno ex DM 70/2015, di 713.977 abitanti.

In riferimento al bacino di utenza di oltre 700.000 abitanti, piano ospedaliero ai sensi del DM 70/2015 prevede 7 presidi, con un accesso ogni 102.000 residenti, così classificati:

- 1 DEA di II° livello nell'AO San Pio di Benevento (ex Rummo) che funge anche da centro traumi di zona, hub nella rete cardiologica, hub nella rete Ictus, spoke II per la Terapia del dolore, spoke II per la rete emergenza pediatrica. E' sede di SPDC, ed è individuato quale polo oncologico anche al fine di recuperare parte della mobilità passiva intra ed extra-regionale.

Il Presidio Ospedaliero di Sant'Agata dei Goti (già appartenente alla ASL BN) è stato oggetto di un recente provvedimento regionale, il DCA 54/2017, che ne ha decretato l'accorpamento alla ex AO G. Rummo, oggi rinominata AO San Pio. La configurazione prevista è quella di un Pronto Soccorso in zona disagiata dotato di un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri, una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi di day surgery e in week surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisti) per i casi che non possono essere dimessi in giornata. Si integrano posti letto dell'area post-acuta ed una funzione oncologica per la presa in carico dal territorio finalizzata all'inserimento dei pazienti nei PDTA che fanno capo al CORP del presidio "Rummo".

- 1 DEA di II° livello nell'AO Moscati di Avellino che funge anche da Centro Traumi di Zona (CTZ), hub nella rete cardiologica, hub nella rete ICTUS, spoke II per la terapia del dolore, hub I nella rete delle emergenze gastroenteriche, spoke II per la rete emergenza pediatrica. E' sede di SPDC. Con DCA n. 29 del 2018, il Presidio di Solofra con PS, viene accorpato all'AORN Moscati, secondo una nuova configurazione
- 1 DEA di I livello nel Presidio di Ariano Irpino
- 2 Pronto Soccorso allocati in provincia di Avellino, nell'Ospedale di Solofra annesso all'AO Moscati e nell'Ospedale di S. Angelo dei Lombardi
- 1 Pronto Soccorso allocato in provincia di Benevento nell'Ospedale classificato Fatebenefratelli.

Non vi sono altri ospedali candidabili nella rete dell'emergenza urgenza. In ogni caso, in relazione alla configurazione delineata, possono ritenersi sufficienti i punti di riferimento della rete.

Il Presidio Ospedaliero di S. Angelo dei Lombardi (AV) è presidio ospedaliero con Pronto Soccorso, sede di SPDC a valenza diurna. Viene confermato anche come struttura di Riabilitazione in quanto

all'interno del presidio opera la Fondazione Don Gnocchi che gestisce l'attività di riabilitazione intensiva per conto della ASL AV, già con 15 posti letto all'alta specialità neuro-riabilitativa codice 75. Viene potenziato con posti letto di Cardiologia (in AFO con Medicina) con funzione di spoke nella rete cardiologica e di Rianimazione data la particolare collocazione geografica. Entro il 2019 sarà rimodulato il rapporto esistente tra la Fondazione Don Gnocchi e l'ASL di Avellino.

Il Presidio Ospedaliero di Ariano Irpino è DEA di I livello, configurato come spoke nella rete cardiologica e spoke nella rete Ictus. Il Ministero della Salute ha accolto la deroga sul punto nascita, per cui esso viene riconfermato. La configurazione di presidio viene resa coerente con gli standard di discipline previste per un DEA di I livello.

L'Ospedale Classificato Fatebenefratelli di Benevento è individuato quale centro spoke nella rete cardiologica e PST nella rete trauma.

Le strutture S. Maria delle Grazie di Cerreto Sannita, e di San Bartolomeo in Galdo, originariamente destinate ad attività ospedaliera, sono confermate quali strutture territoriali, con Ospedale di Comunità nella struttura di S. Bartolomeo in Galdo.

L'IRCCS di diritto privato "Fondazione Salvatore Maugeri", operante in Telese (BN), è confermato quale struttura di riabilitazione, anche di alta specializzazione per il trattamento delle gravi cerebrolesioni e mielolesioni con letti in codice 28, 56 e 75.

Lo stabilimento di Bisaccia, già convertito in struttura territoriale, viene integrato con Ospedale di Comunità, secondo le indicazioni del DM 70/2015, nonché di uno o più moduli di RSA. È confermato l'Hospice.

Come già detto, la macro-area Avellino-Benevento presenta un eccesso di offerta di posti letto rispetto al fabbisogno che il piano tende, pertanto, a riequilibrare; sia nella provincia di Avellino (S. Angelo dei Lombardi) che in quella di Benevento (Telese Terme), insistono centri di riabilitazione intensiva e di alta specialità neuro-riabilitativa e per mielolesioni a valenza regionale.

Nel presente piano di investimenti, si prevede l'intervento di ristrutturazione e adeguamento dell'ex Plesso Ospedaliero Moscati di Viale Italia di Avellino da utilizzare quale distretto sanitario e per altre attività territoriali (ASL Avellino).

Macro-Area della provincia di Caserta

L'area della provincia di Caserta è composta dall'ASL di Caserta e dall'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano.

L'area della provincia di Caserta è risultata fortemente penalizzata dalla precedente programmazione, dotata infatti di soli 2,61 posti letto per 1000 abitanti. Ciò determina inevitabilmente grandi ricadute sulla mobilità e grosse criticità nei presidi della rete. Questo Piano intende colmare questa rilevante carenza, per cui programma nell'area della Provincia di Caserta un incremento sostanziale di posti letto e di discipline.

Fattore critico nella programmazione precedente si è rivelato il prolungato periodo di tempo per la realizzazione della nuova Azienda Universitaria del Dipartimento di Medicina della SUN/Vanvitelli: dotata di circa 350 posti letto, essi venivano programmati già in passato come dotazione effettiva di provincia, sebbene, nemmeno adesso la struttura sia giunta nella fase di completamento. Pertanto, si deve necessariamente ricollocare l'integrazione dell'offerta sanitaria pubblica nei presidi già disponibili, con qualche intervento di potenziamento strutturale e recupero di stabilimenti ospedalieri.

A fronte di un attuale disponibilità di 2.263 posti letto (2,6/1000 abitanti) ne vengono programmati 2.859 permettendo di raggiungere la quota 3,3/1000 abitanti. L'incremento netto risulta di 596 posti letto. L'obiettivo standard è quello di 3.209 posti letto che sarà raggiunto con i 380 posti letto della SUN/Vanvitelli che dalla Macroarea di Napoli transiteranno nell'area di Caserta.

Molte strutture necessitano di adeguamenti strutturali, come previsto dall'Accordo di programma per

gli interventi di edilizia sanitaria (primo stralcio):

- la messa a norma, con incremento di posti letto, del PO di Maddaloni, del PO di Marcianise, del PO di Sessa Aurunca, del PO di Aversa e del PO di San Felice a Cancelli (stabilimento annesso al PO di Maddaloni);
- la messa a norma dell'AO di Caserta;
- il potenziamento dell'offerta territoriale, con la riconversione dell'Ospedale di Capua in Ospedale di Comunità.

La macroarea di Caserta deve disporre di un numero di presidi con pronto soccorso da un minimo di 6 ad un massimo di 11, di cui 1 DEA di II° livello; da 3 a 6 DEA di I° livello e comunque un totale minimo complessivo di 6 punti di accesso.

L'attuale piano, pertanto, prevede 8 punti di accesso, secondo la seguente classificazione:

- 1 DEA di II° livello individuato nell'Azienda Ospedaliera di Caserta che rappresenta hub per la rete IMA, hub per la rete ictus, CTS e CTZ per la rete trauma (serve anche AV a distanza di 59 Km, Benevento a 51 Km, area Nord di Napoli, Giugliano a 29 Km), Unità spinale (cod. 28), sede di neuro riabilitazione (cod. 75) e riabilitazione intensiva (cod. 56), spoke II per la terapia del dolore, spoke II per la rete emergenza pediatrica. Si istituiscono la Radioterapia e la Medicina nucleare;
- 3 DEA di I° livello nei Presidi Ospedalieri di Aversa, Marcianise e Sessa Aurunca con i necessari adeguamenti già in corso di realizzazione;
- 4 Pronto Soccorso nei Presidi Ospedalieri di S. Maria Capua Vetere, Piedimonte Matese, Maddaloni, e CdC Pineta Grande.

Il Presidio Ospedaliero di Aversa, dove è prevista l'attivazione della Neurologia, viene inserito nella rete Ictus come centro spoke, mentre accede al ruolo di hub nella rete cardiologica previa attivazione dell'emodinamica, funge da pronto soccorso per traumi (PST), è spoke II per la rete pediatrica ed è spoke I nella rete di terapia del dolore. Riceve le nuove discipline di Oculistica e Urologia.

I Presidi Ospedalieri di Piedimonte Matese e S. Maria Capua Vetere attualmente individuati quali centri spoke per la rete cardiologica, restano tali fino alla ridefinizione della stessa che avverrà dopo l'approvazione del presente documento.

Il Presidio di Marcianise viene configurato come DEA di I livello. Incrementa la dotazione di posti letto per la disciplina di Gastroenterologia in quanto punto aziendale per la diagnostica e cura del cancro al colon-retto. Il punto nascita serve anche l'area Nord di Napoli (Giugliano a 27 km, Frattamaggiore a 15 km).

Il Presidio di Maddaloni viene riprogrammato quale presidio ospedaliero con P.S. (con annesso stabilimento di San Felice a Cancelli). Vengono istituite le discipline di Lungodegenza e Riabilitazione (codice 56). Serve l'area Ovest del Beneventano a distanza di circa 10 km.

Lo stabilimento di San Felice a Cancelli viene riconfigurato quale stabilimento annesso al P.S. di Maddaloni. È spoke I nella rete di terapia del dolore e viene programmata attività di degenza per l'Oncologia medica (con rafforzamento contestuale delle tecnologie diagnostiche) e per la disciplina di Geriatria.

Il Presidio di S. Maria Capua Vetere viene configurato come presidio ospedaliero con PS con disciplina di Lungodegenza e AFO medica.

Per il Presidio di Piedimonte Matese occorre considerare la possibilità di un servizio di elisoccorso, al fine di sopperire ai disagi per la gestione dei traumi e dei percorsi tempo-dipendenti, data l'orografia e la difficile viabilità. Tale presidio si trova collocato nell'area del Matese, a considerevole altitudine, a oltre 40 km da Caserta, con strade spesso impraticabili nel periodo

invernale: per tale motivo resta confermata la disciplina di Cardiologia con UTIC per la necessaria copertura geografica nell'ambito della Rete IMA. La regione Campania in esito al parere negativo pronunciato dal Comitato nazionale Percorso Nascita relativo alla richiesta di deroga, ripropone l'istruttoria richiedendone una rivalutazione. È spoke I per la rete pediatrica. Vengono istituite le discipline di Neurologia, di Pneumologia in AFO Medica, di Lungodegenza e potenziata l'Oncologia. Sebbene sia un P.S. viene programmata la U.O. di Neurologia per contrastare i fenomeni di mobilità passiva verso il Molise, dove a soli 43 km si trova una rilevante struttura privata accreditata in ambito neurologico attrattiva per molti pazienti campani. La programmazione pertanto di tale U.O. tende a contrastare fenomeni di mobilità passiva. La produzione di tale disciplina sarà sottoposta a monitoraggio in termini di volumi ed esiti, per valutarne la sussistenza.

Il presidio di Sessa Aurunca con Pronto Soccorso è posto al confine Nord della Regione a meno di 20 Km dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate di Formia (LT) della contigua regione Lazio. Sebbene disti meno di 30 km da Caserta, ne è collegato da una strada provinciale che nel periodo estivo è arteria di notevole transito per il turismo pendolare. Per tali motivi ne viene programmato un Punto nascita in deroga, ancora all'esame ministeriale con richiesta di chiarimenti. Il Presidio viene riconfigurato come DEA di I livello. E' spoke nella rete IMA, spoke I nelle emergenze pediatriche, riceve la disciplina di Oncologia per la presenza nelle immediate adiacenze (meno di 20 km) della dismessa Centrale Nucleare del Garigliano non ancora bonificata. Il potenziamento di tale ospedale, in una zona di confine, risulta strategico anche in una logica di contrasto alla mobilità sanitaria, soprattutto, verso la regione Lazio.

Il Presidio di Teano è stato riconvertito in Ospedale di comunità, con cessazione di tutte le attività per acuti. Viene prevista un'attività di Day Service. Nel Presidio di Capua, confluito già nella struttura ospedaliera San Giuseppe e Melorio di Santa Maria Capua Vetere, si programma un Ospedale di Comunità.

Con il presente piano di investimenti, si prevede:

- nell'ASL di Caserta, i lavori di ampliamento e ristrutturazione del P.O. di Aversa (ampliamento con la realizzazione di p.l.) e la sua messa a norma, la costruzione del nuovo presidio ospedaliero di Santa Maria Capua Vetere in sostituzione dell'attuale P.O., con 154 p.l.;
- il Completamento del nuovo Policlinico di Caserta dell'Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli";
- nell'A.O. Sant'Anna e San Sebastiano, lavori di demolizione e ricostruzione dell'edificio "G"

Macro-Area della ASL Napoli 1 Centro

La città di Napoli ospita, oltre i presidi della ASL Na1 Centro, anche:

- 2 AOU: Federico II e SUN-Vanvitelli
- 3 AO: Santobono-Pausillipon (esclusivamente pediatrica), Cardarelli, Azienda dei Colli (con i presidi Monaldi, Cotugno, CTO)
- L'IRCCS "Pascale"

La rete di emergenza del territorio su cui insiste la ASL Napoli 1 è configurata in maniera che i DEA di II° livello dell'A.O. Cardarelli, AO dei Colli (a cui viene riattribuita la funzione di Pronto Soccorso nel presidio CTO) e dell'Ospedale del Mare, siano di riferimento anche per i DEA di I° livello e per il Pronto Soccorso delle aree a nord e a sud della città di Napoli. Pertanto, la rete assistenziale della città di Napoli si configura attualmente come segue:

- 3 DEA di II° livello
 - A.O. Cardarelli (hub nella rete Ictus, CTS nella rete trauma e hub nella rete IMA, hub rete emergenze gastroenteriche);
 - Ospedale del Mare (hub nella rete IMA, hub rete ictus, CTS nella rete Trauma, hub rete emergenze gastroenteriche, emergenze pediatriche e gravidanze a rischio);
 - l'Azienda dei Colli riveste il ruolo di hub, col presidio Monaldi, nella rete cardiologica anche pediatrica e spoke col CTO nella rete Ictus, in collegamento col Cardarelli nonché CTS col CTO nella rete traumatologica, hub terapia del dolore. L'Ospedale Monaldi assolve anche il

ruolo di centrale cardiologica per i territori delle ASL Napoli 2 e Napoli 3. Le discipline mancanti all'AO dei Colli alla configurazione di DEA di II livello vengono garantite all'interno della Macroarea. Ha riaperto il Pronto Soccorso presso il presidio del CTO da Aprile 2018.

- 3 DEA di I° livello:

- Presidio Ospedaliero S. Giovanni Bosco (spoke nella rete cardiologica, spoke rete Ictus e PST nella rete traumatologica, spoke II rete emergenze pediatriche, spoke I rete terapia del dolore) con stabilimento annesso Presidio sanitario Intermedio Barra (spoke I livello terapia del dolore, con attività di Dh e DS).
- Presidio Ospedaliero S. Paolo (spoke nella rete ICTUS, spoke II rete emergenze pediatriche, PST nella rete traumatologica, spoke rete IMA, spoke rete emergenze gastroenteriche, spoke I nella rete terapia del dolore). E' presente la funzione di psichiatria.
- Presidio Ospedaliero Pellegrini con annesso Stabilimento degli Incurabili (con funzioni di elezione), è presente la funzione di psichiatria. Presso il Presidio Incurabili, tenuto conto dell'attuale funzionalità delle 4 sale operatorie in esso esistenti, è programmata, oltre alla chirurgia generale già esistente, una attività dedicata alla Day Surgery, alla Week Surgery e alla Chirurgia Ambulatoriale. Riceve la disciplina Oncologia dal presidio Ascalesi.
- 1 Pronto Soccorso: Presidio Ospedaliero Loreto Mare con annesso lo Stabilimento Ospedaliero Capilupi di Capri.

Una notazione a parte è necessaria per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero Capilupi dell'isola di Capri. Trattasi di un'isola con circa 15.000 abitanti, con enorme afflusso in sei mesi dell'anno, per la quale è necessario prevedere deroghe ai vincoli degli standard e ai bacini di utenza. Esso viene identificato quale "Struttura in deroga".

Sono previsti, inoltre, ad integrazione della rete di emergenza urgenza, anche due Pronto Soccorso: l'Ospedale Classificato Fatebenefratelli e l'Ospedale Classificato Villa Betania, che fungono anche da spoke nella rete cardiologica.

A regime, quindi, nella ASL Napoli 1 la rete delle emergenze prevede: 3 DEA di II° livello, 3 DEA di I° livello e 4 Pronto Soccorso. Complessivamente 10 punti di accesso.

Un'attenzione particolare è riservata all'Azienda Ospedaliera Pediatrica della Regione, l'A.O. "Santobono-Pausilipon", che svolge il ruolo di Hub per le emergenze complesse di riferimento regionale, nonché sede di vari di Centri di riferimento a valenza Regionale.

L'Azienda Universitaria Federico II è individuata come hub nella rete cardiologica, spoke di II livello nella rete terapia del dolore e hub nella rete ictus.

L'IRCCS Pascale, struttura a valenza regionale, a carattere scientifico, è hub nella rete di terapia del dolore, è coordinatore della Rete Oncologica Campana. Esso viene potenziato con integrazione di posti letto e discipline data l'alta migrazione extraregionale per patologie neoplastiche. All'IRCCS viene annesso lo stabilimento Ascalesi (già Na1) quale presidio già a forte vocazione oncologica, sede di radioterapia.

L'AOU Vanvitelli entra nella rete di terapia del dolore come spoke di II livello.

Il presente programma prevede nella città di Napoli, caratterizzata dalla presenza di ospedali ubicati in strutture monumentali e comunque di interesse storico, due interventi strategici:

- la realizzazione del Nuovo Polo Pediatrico "Nuovo Santobono" (A.O.R.N. Santobono-Pausilipon) in un'area adiacente all'Ospedale del Mare che porterà alla creazione di una nuova zona ospedaliera nella città di Napoli decongestionando il centro della città e la zona collinare;
- l'adeguamento e ristrutturazione del Presidio Cardinale Ascalesi dell'I.R.C.C.S. Istituto dei Tumori Fondazione Pascale.

Macro-Area della ASL Napoli 2 Nord

Il territorio di riferimento dell'ASL Napoli 2 Nord conta circa un milione di abitanti. Il patrimonio edilizio ospedaliero in generale è insufficiente, frammentato e vetusto. Mancano strutture rilevanti, in grado

di essere classificate come DEA di II livello. In parte svolgono funzione vicariante in tal senso le strutture di Napoli 1.

I presidi ospedaliero della ASL Na2 Nord classificabili come DEA di I livello sono:

- il Presidio di Pozzuoli. Il presente Piano ne configura coerentemente l'assetto attraverso una dotazione di posti letto e discipline, come da Decreto 70/15, nella consapevolezza della necessità di azioni strutturali di potenziamento, attraverso interventi di edilizia sanitaria come già programmati. L'Ospedale è anche individuato quale spoke nella rete Ictus e hub nella rete cardiologica, PST nella rete trauma, spoke II nella rete del dolore, spoke nella rete delle emergenze digestive, spoke di II livello rete emergenze pediatriche. Riceve l'incremento delle discipline di Chirurgia Vascolare, Pneumologia, Neurologia, Ematologia con annesso Servizio di Oncologia, Riabilitazione (cod.56) e Lungodegenza (cod. 60).
- il Presidio Ospedaliero di Giugliano, spoke nella rete ictus e IMA, PST rete trauma, hub nella terapia del dolore. Questo presidio è collocato nel cuore della Terra dei Fuochi. Si prevede l'istituzione di posti letto di Oncologia, anche con potenziamento della dotazione tecnologica e con investimenti strutturali per l'acquisizione di spazi e/o strutture. Per tale presidio si programma la costruzione di un nuovo edificio.

Sono previsti nella rete di emergenza 4 Presidi con Pronto Soccorso:

- Presidio Ospedaliero di Frattamaggiore con PS, viene riconfigurato come presidio con Pronto Soccorso con l'istituzione delle discipline di Terapia Intensiva, Riabilitazione (cod. 56) e Lungodegenza (cod. 60) e potenziamento globale delle altre discipline. È PST nella rete trauma, spoke per IMA, spoke II per terapia del dolore, spoke I livello per la rete emergenze pediatriche.
- Casa di Cura Villa dei Fiori di Acerra con PS (già svolge funzione di Pronto Soccorso) è hub nella rete IMA.
- Appartengono, inoltre, al territorio della ASL Na2 Nord le isole di Ischia e Procida nelle quali insistono due strutture sanitarie:
- Il Presidio Ospedaliero Rizzoli, situato nell'isola di Ischia dove risiede una popolazione di circa 60.000 abitanti. L'isola, che è meta turistica rilevante, con ospitalità stagionale da aprile a novembre, fa rilevare oltre 20.000 accessi annui al Pronto Soccorso. Il Presidio viene configurato dunque come Pronto Soccorso in deroga rispetto al bacino di utenza. L'ospedale funge da PST per rete Trauma, spoke I livello rete emergenze pediatriche, spoke I rete terapia del dolore. Verrà potenziato come da programmazione anche con UTIC. Mantiene il punto nascita in deroga, con valutazione a 1 anno come da indicazione del Comitato Nazionale Percorso Nascita.
- Nell'isola di Procida, con circa 10.000 abitanti, insiste attualmente un presidio ospedaliero dotato di 9 posti letto, di cui 6 di ricovero ordinario, distinti in 2 posti letto per ciascuna delle discipline di medicina, chirurgia e ostetricia. Tale organizzazione è stata determinata dal rischio di impossibilità di trasporto. I necessari adeguamenti strutturali sono stati già previsti dall'Accordo di programma per l'edilizia sanitaria. Il presidio di Procida diventa stabilimento del Presidio di Pozzuoli

Macro-Area della ASL Napoli 3 Sud

Nell'area di Napoli, il patrimonio edilizio della ASL Napoli 3 Sud fa rilevare una carenza di strutture di rilevanti dimensioni utilizzabili nell'area dell'emergenza/urgenza. Ulteriore complessità è rappresentata dalle forti criticità di viabilità esistenti in penisola sorrentina, dove insiste anche un rilevante flusso turistico e dove gli ospedali presenti (Vico Equense e Sorrento) versano in un inadeguato stato di manutenzione.

Il nuovo piano ospedaliero ai sensi del DM 70/2015, ha attribuito la classificazione di DEA di I° livello con relative funzioni, con potenziamento e integrazione di discipline al:

- Presidio Ospedaliero di Nola con annesso stabilimento di Pollena (che viene reinserito nella rete ospedaliera), con funzione di hub nella rete IMA, spoke ictus, PST rete Trauma, spoke II livello

terapia del dolore, spoke II rete emergenze pediatriche. Anch'esso situato nel territorio Terra dei Fuochi riceve un incremento nella disciplina Oncologia e l'istituzione di Ematologia. Il P.O. di Pollena è configurato quale stabilimento senza PS annesso al DEA di Nola. E' costituita un'unica AFO Medica con Medicina, Pneumologia e Gastroenterologia, nonché la disciplina di Riabilitazione (cod. 56). Il presidio di Nola è destinatario di fondi ai sensi del DCA 7/2017 per l'adeguamento strutturale alla nuova programmazione.

- Presidio Ospedaliero con PS di Castellammare di Stabia, con annesso stabilimento di Gragnano, ha funzione di spoke nella rete Ictus, hub nella rete cardiologica, PST nella rete traumatologica, spoke I nella terapia del dolore, spoke II rete emergenze pediatriche. Viene istituita la TIN. La disciplina di Oncologia non viene programmata in quanto garantita dal Polo Oncologico di Torre del Greco.
- P.O. di Boscoreale-Boscotrecase, con ruolo spoke nella rete cardiologica, spoke I rete emergenze pediatriche, PST rete Trauma, spoke rete emergenze gastroenteriche, spoke I rete terapia del dolore. Si prevede il completamento del plesso Boscoreale per il potenziamento del Presidio.
- Ospedale della Costiera costituito da:
 - o P.O. di Sorrento, con ruolo spoke nella rete cardiologica e PST rete Trauma, con disciplina di Oncologia e di Riabilitazione (cod. 56);
 - o P.O. di Vico Equense, spoke I nella terapia del dolore, spoke I rete emergenze pediatriche riceve implementazione di Psichiatria.

Nel periodo di vigenza del Piano si programma la costruzione di una nuova struttura unica.

Un Presidio di Pronto Soccorso: P.O. di Torre del Greco, che rimane dotato di proprio Pronto Soccorso, viene configurato anche quale polo oncologico e di lungodegenza e riabilitazione. La struttura ospiterà inoltre un Hospice pediatrico e una UCCP pediatrica. La sottodotazione strutturale della Na3 Sud viene funzionalmente colmata da alcuni Presidi circostanti nonché dal DEA I livello di Nocera Inferiore in Area Salerno e dal DEA di II Livello Ospedale del Mare e Azienda dei Colli (CTO). Con l'entrata a regime dell'Ospedale del Mare nell'ASL NA1 ed una prima verifica dei flussi si potrà procedere ad una rivalutazione dell'offerta dell'area, valutando l'opportunità di nuove sinergie e integrazioni. Complessivamente la ASL Na3 Sud viene incrementata di 399 posti letto in allineamento con gli standard attesi secondo il DM 70/15.

Con l'attuazione degli interventi del programma di edilizia sanitaria, si prevede la realizzazione del nuovo ospedale di Castellammare di Stabia l'ampliamento e l'adeguamento dell'attuale P.O. di Nola, che consentirebbe, attraverso l'azione congiunta dei finanziamenti di adeguamento antisismico PNRR e di quelli ex art. 20 L. 67/88, di offrire ai residenti nell'ASL Napoli 3 Sud e delle aree contigue, nella sostanza, una nuova struttura ospedaliera con il conseguente l'innalzamento della qualità delle prestazioni.

Macro-Area della provincia di Salerno

La Macro-Area della provincia di Salerno è composta dall'omonima ASL e dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Ruggi d'Aragona, costituita dai presidi ospedalieri funzionalmente accorpati di "Ruggi" di Salerno; "Fucito" di Mercato S. Severino; "Da Procida" di Salerno; "Santa Maria Incoronata dell'Olmo" di Cava dei Tirreni; "Italia Giordano" di Castiglione di Ravello.

L'area della provincia di Salerno conta 1.105.485 abitanti, a cui corrisponde secondo standard una dotazione di 3.877 posti letto. Nella provincia sono previsti 3.813 posti letto pari a 3,5 posti letto per mille abitanti, in leggero incremento rispetto a quelli esistenti che sono, come da flussi informativi, pari a 3.553.

In merito alla rete di emergenza urgenza, sono stati individuati: come DEA di II° livello, l'A.O.U. Ruggi d'Aragona; n. 6 DEA di I° livello: il Presidio Ospedaliero di Vallo della Lucania, il Presidio Ospedaliero di Nocera Inferiore; il DEA Eboli/Battipaglia/Roccadaspide; il P.O. di Sarno; il P.O. di Polla; il P.O. di Sapri; come Presidi di Pronto Soccorso: il P.O. di Oliveto Citra, il P.O. di Mercato S. Severino e il

P.O. di Cava dei Tirreni (a cui si aggiungono le Strutture in deroga - il P.O. di Castiglione di Ravello, P.O. Agropoli, P.O. Castiglione di Ravello).

Con l'attuazione degli interventi del programma di edilizia sanitaria, si prevede la realizzazione del nuovo ospedale di Battipaglia, di un intervento di rifunionalizzazione sul P.O. di Scafati, nonché di un intervento di adeguamento antisismico e delle sale operatorie gastroenterologia e pronto soccorso del P.O. di Polla.

Si riporta, di seguito, l'elenco dei n. 13 interventi programmati, suddivisi per Azienda Sanitaria indicante l'importo a carico dello Stato e quello a carico della Regione.

 ART 20 L. 67/88 - ACCORDO DI PROGRAMMA - IV FASE						
N. Scheda Intervento	Ente Attuatore	Titolo Intervento	TOT COSTO COMPLESSIVO	TOT Importo a carico dello Stato	TOT Importo a carico della Regione	TOT Importo a carico dell'Azienda
1	UNIVERSITA' VANVITELLI	Completamento del Policlinico Universitario di Caserta "L. Vanvitelli" annesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia	42.667.800,00	39.964.410,00	2.103.390,00	
2	REGIONE CAMPANIA	Realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero Pediatrico "Nuovo Santobono"	300.000.000,00	285.000.000,00	15.000.000,00	
3	A.O. CASERTA	Lavori di demolizione e ricostruzione dell'edificio "G" - A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano	9.540.000,00	800.000,00	7.400.000,00	1.540.000,00
4	ASL CASERTA	Lavori di ristrutturazione e ampliamento del Presidio Ospedaliero "San Giuseppe Moscati" di Aversa	33.000.000,00	31.350.000,00	1.650.000,00	
5	ASL CASERTA	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Capua Vetere e Nuovo	92.000.000,00	87.400.000,00	4.600.000,00	
6	ASL NAPOLI 3 SUD	Lavori di ampliamento e adeguamento del presidio ospedaliero "S. Maria Della Pietà" di Nola	80.000.000,00	76.000.000,00	4.000.000,00	
7	REGIONE CAMPANIA	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Castellammare di Stabia	180.000.000,00	118.750.000,00	61.250.000,00	
8	IRCCS PASCALE	Riqualificazione e rifunionalizzazione del presidio ospedaliero Cardinale Acaiafi di Napoli	67.530.366,38	64.153.848,06	3.376.518,32	
9	ASL AVELLINO	Intervento di ristrutturazione e adeguamento funzionale e impiantistico dell'ex Presidio Ospedaliero Moscati di Viale Italia	20.000.000,00	19.000.000,00	1.000.000,00	
10	ASL NAPOLI 1 CENTRO	Ristrutturazione del presidio ospedaliero territoriale SS. Annunziata	20.000.000,00	19.000.000,00	1.000.000,00	
11	ASL SALERNO	Corpi B, C E D Del Nuovo Ospedale di Battipaglia	96.979.567,05	92.130.588,70	4.848.978,35	
12	ASL SALERNO	Opere di adeguamento sismico delle strutture e adeguamento sale operatorie gastroenterologia e pronto soccorso del P.O. di Polla	5.000.000,00	3.700.000,00	1.300.000,00	
13	ASL SALERNO	Completamento delle opere di adeguamento sismico delle strutture e adeguamento impianti antincendio del P.O. di Scafati	11.000.000,00	450.000,00	10.550.000,00	
TOT			857.127.733,43	837.498.946,76	119.628.786,67	1.550.000,00

B03.2 – L'ammodernamento dell'offerta ospedaliera

L'ammodernamento della rete ospedaliera attraverso la realizzazione di nuovi ospedali in sostituzione degli ospedali esistenti, molti dei quali di vecchia costruzione e non a norma, nonché il completamento di ospedali esistenti, rappresenta il principale obiettivo del presente piano.

Tra gli interventi più importanti, non si può fare a meno di evidenziare la costruzione del Nuovo Polo pediatrico Santobono-Pausilipon, DEA di II° livello, con 450 posti letto. Sono inoltre previsti:

- nell'ASL Napoli 3 Sud, la realizzazione del nuovo ospedale di Castellammare di Stabia in sostituzione dell'attuale presidio;
 - nell'ASL Caserta, la realizzazione del nuovo Ospedale di Santa Maria Capua Vetere;
 - nell'ASL Salerno, la realizzazione del nuovo Ospedale di Battipaglia;
- 1) il completamento/ampliamento di ospedali: il completamento del nuovo Policlinico di Caserta, lavori di ampliamento e ristrutturazione del P.O. di Aversa (CE) e del P.O. di Nola (ASL Napoli 3 Sud);
 - 2) la ristrutturazione e l'adeguamento funzionale edile ed impiantistico di due ospedali, il Cardinale Ascalesi (IRCCS Pascale), la rifunzionalizzazione del P.O. di Scafati e l'adeguamento antisismico del P.O. di Polla (ASL Salerno), la ristrutturazione dell'ex Ospedale di Viale Italia di Avellino (ASL Avellino), quest'ultimo, da riconvertire ad attività territoriali;
 - 3) interventi sull'AO Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta e sull'AO Santobono-Pausilipon.

Al fine di assicurare la coerenza degli interventi oggetto del presente documento con la programmazione sanitaria nazionale, i posti letto sono quelli di cui al DCA 103/2018 in attuazione del DM 70/2015 ai quali sono stati aggiunti i posti di terapia Intensiva di cui alla DGR 378/2020 e s.m.i.

Si rappresenta, inoltre, che è in corso l'approvazione dei nuovi atti aziendali, che, fermo restando il rispetto della programmazione sanitaria statale e regionale, potranno prevedere in taluni casi una diversa distribuzione dei posti letto tra i vari Presidi Ospedalieri appartenenti alla medesima Azienda Sanitaria Locale ai fini di una migliore qualità dell'offerta sanitaria pubblica.

Nella seguente tabella vengono riportati i succitati dati per i 13 interventi programmati con la relativa specifica dei posti letto

ART 20 L. 67/88 - ACCORDO DI PROGRAMMA - IV FASE

N. Scheda Intervento	Ente Attuatore	Titolo Intervento	Totale Post letto programmati di cui al DCA 103/2008 (DM 70/2015)	Totale Post letto aggiuntivi di Terapia intensiva (DGR 578/2020 e ss.mm. ii)	Tot	Totale Post letto di cui all proposta di investimento
1	UNIVERSITA' VANVITELLI	Completamento del Policlinico Universitario di Caserta "L. Vanvitelli" annesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia	477	2	479	230
2	REGIONE CAMPANIA	Realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero Pediatrico "Nuovo Santobono"	437		437	437
3	AO CASERTA	Lavori di demolizione e ricostruzione dell'edificio "G" - A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano	613	12	645	18
4	ASL CASERTA	Lavori di ristrutturazione e ampliamento del Presidio Ospedaliero "San Giuseppe Moscati" di Aversa	272	4	276	107
5	ASL CASERTA	Realizzazione del nuovo ospedale di Capua Ivrea e Nuova	116		116	154
6	ASL NAPOLI SUD	Lavori di ampliamento e adeguamento del presidio ospedaliero "E. Mario Delfino Pietra" di Napoli	207	7	214	214
7	REGIONE CAMPANIA	Realizzazione del nuovo ospedale di Castellammare di Stabia (+Gragnano)	307	2	309	309
8	IRCCS FASCAL	Riqualificazione e rifunionalizzazione del presidio ospedaliero Cardinale Ascalesi di Napoli	105			105
9	ASL AVELLINO	Intervento di ristrutturazione e adeguamento funzionale e impiantistico dell'ex Plesso Ospedaliero Moscati di Viale Italia	-			-
10	ASL NAPOLI CENTRO	Ristrutturazione del presidio ospedaliero territoriale SS. Annunziata	-			-
11	ASL SALERNO	Corpi B, C E D Del Nuovo Ospedale di Battipaglia	300	4	304	204
12	ASL SALERNO	Opere di adeguamento sismico delle strutture e adeguamento sale operatorie gastroenterologia e pronto soccorso del P.O. di Polla	177		177	177
13	ASL SALERNO	Completamento delle opere di adeguamento sismico delle strutture e adeguamento impianti antincendio del P.O. di Scafati	122	4	126	126

Si riporta di seguito una sintesi della documentazione progettuale trasmessa dalle Aziende sanitarie relativi alla realizzazione dei nuovi Ospedali.

B03.2.1 – COMPLETAMENTO DEL POLICLINICO UNIVERSITARIO DI CASERTA “L.VANVITELLI” ANNESSO ALLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Il policlinico di Caserta è un complesso ospedaliero che si estende su un'area di circa 25 ettari situata nel Comune di Caserta in località “Tredici – San Clemente”. La struttura è composta da più edifici suddivisi in tre blocchi principali:

Blocco Assistenza, Blocco Ricerca, Blocco Didattica, illustrati nell'immagine di seguito.

L'intervento in oggetto interessa il blocco Assistenza, che comprende una superficie di 68.500 m² e si sviluppa su cinque (5) livelli più le coperture. Il Blocco assistenza è a sua volta suddiviso in 6 Unità come illustrato di seguito.



Figura 1 - Planimetria generale



Figura 2. individuazione area d'intervento "Blocco Assistenza"

PROGETTO ORIGINALE

La realizzazione di un Policlinico Universitario a gestione diretta, da assegnare in proprietà all'Università per far fronte alle esigenze assistenziali didattico-scientifiche e di ricerca dei corsi di studio della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università di Napoli, è stata prevista nell'Accordo di Programma sottoscritto il 31/03/1999 tra il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (MIUR), il Ministero della Sanità, la Regione Campania, la Provincia di Caserta, il Comune di Caserta e la Seconda Università degli studi di Napoli SUN (ora Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli"), per l'importo complessivo di 400 miliardi di vecchie lire (€ 206.582.759,63), finanziato per 2/3 dal Ministero della Salute (di cui il 5% a carico della Regione Campania) e per 1/3 dal MIUR.

L'intervento è stato incluso nell'Accordo di programma di edilizia sanitaria ai sensi dell'art. 20 della L. 67/88, sottoscritto il 28 dicembre 2000, rimodulato nel 2002. Il progetto esecutivo del complesso è stato completato nel 2003. L'intervento è stato ammesso a finanziamento con D.M. 19/12/2003. I lavori di costruzione sono stati affidati per un importo di € 134.887.233,70, comprensivo di IVA e degli oneri per la sicurezza (ribasso offerto del 18,819%), con contratto stipulato il 29/12/2004 ed i successivi atti aggiuntivi rep. n. 638 del 01/10/07 e rep. n. 652 del 11/11/08.

A seguito delle carenze tecniche e gestionali dell'ATI, che hanno comportato un sostanziale rallentamento delle lavorazioni, con delibera n. 30 del 31/03/2009 del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo, è stata disposta la risoluzione del contratto per "grave inadempimento, grave irregolarità e grave ritardo" ai sensi dell'art. 136 D.Lgs.163/06.

Per l'individuazione del nuovo contraente, l'Ateneo ha proceduto con l'interpello, ai sensi dell'art. 140 del D.Lgs. n. 163/06 e s.m.i., e il contratto di affidamento dei lavori di completamento è stato stipulato in data 11/11/2011. il verbale di consegna dei lavori è stato redatto dal direttore dei lavori in data 30/03/2012.

La mandataria della nuova ATI è stata interessata da una grave crisi finanziaria, che ha determinato, a partire dal mese di gennaio 2018, lo stato di fermo del cantiere. In data 06/08/2018, la Società è stata ammessa alla procedura di Amministrazione Straordinaria ai sensi del D.Lgs. 270/1999, con la nomina della Commissione straordinaria per la gestione della procedura.

L'Ateneo ha avviato interlocuzioni con la Commissione straordinaria al fine di individuare soluzioni idonee a superare le criticità dell'appalto e consentire la ripresa dei lavori, giungendo all'atto di transazione rep n. 7 del 17/12/2020.

Con la delibera del CdA n. 204 del 25/11/2022 è stata approvata la rideterminazione del termine contrattuale di conclusione dei lavori, con il riconoscimento all'appaltatore di un tempo aggiuntivo di 564 giorni a decorrere dal 31/07/2022.

Con decorrenza 20/07/2023, è stata individuata la società subentrata all'ATI nella titolarità del contratto di realizzazione del completamento del Policlinico.

Si evidenzia che l'Università degli Studi "L. Vanvitelli", ha trasmesso una perizia, a firma del RUP e del Direttore dei Lavori, con il dettaglio dei lavori finora eseguiti sul nuovo Policlinico di Caserta, nonché delle lavorazioni da realizzare, a valere sia sulle risorse stanziare nell'Accordo di Programma ai sensi dell'art. 20 della L. 67/88, sottoscritto il 28 dicembre del 2000 - Il Fase sia sulle risorse del nuovo Accordo di programma.

Il progetto del blocco Assistenza si pone come obiettivo la realizzazione di una struttura ospedaliera flessibile ed integrata con l'area limitrofa destinata alla didattica e alla ricerca, che si indirizzi verso i seguenti obiettivi:

1. Organizzazione interna secondo Aree Funzionali Omogenee (AFO) con utilizzo flessibile delle degenze;
2. Qualificazione dell'assistenza per acuti in regime di ricovero;
3. Organizzazione ottimale dell'attività di riabilitazione e recupero funzionale;
4. Massima funzionalità dei servizi aperti dell'ospedale, sia di tipo ambulatoriale che di day hospital, per le funzioni di filtro al ricovero ordinario;

5. Efficienza e qualità dei servizi diagnostici al fine di ridurre i tempi di degenza;
6. Utilizzo adeguato degli spazi e delle strutture, ma con estrema attenzione all'aspetto della umanizzazione

Organizzazione interna secondo AFO con utilizzo flessibile delle degenze

Per il supporto clinico in Caserta la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Vanvitelli ha inizialmente individuato il proprio fabbisogno in una struttura assistenziale di 500 posti letto, articolata e strutturata secondo due schemi organizzativi: quello dipartimentale e quello delle Aree Funzionali Omogenee (A.F.O.). Entrambi i modelli prevedono l'accorpamento o il collegamento diretto di specialità omogenee distinte in unità operative (U.O.).

L'organizzazione delle A.F.O. prevede "l'accorpamento dei degenti con problemi sanitari consimili: all'interno dell'area funzionale i degenti sono affidati ai medici dell'unità operativa competente per patologia, per gli aspetti diagnostici e terapeutici, ed al personale infermieristico per quelli di assistenza diretta, con uso in comune delle risorse umane e strumentali assegnate all'area funzionale". Le A.F.O. sono comunque organizzate in dipartimenti. Queste caratteristiche sono peraltro richiamate nella legge Regionale 11.01.94 n.2 (Istituzione del sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria) che in particolare all'art.23 identifica i requisiti degli ospedali con Pronto Soccorso Attivo. Tale organizzazione funzionale, per risultare maggiormente capace di essere costantemente commisurata alle esigenze locali, sarebbe preferibile che fosse dotata di posti letto direttamente dedicati alle specialità o subspecialità in misura non standardizzata, ma dipendente dalla domanda, che sicuramente può subire nel tempo variazioni anche consistenti. Si tenderebbe così alla realizzazione pratica della formula "dell'open space", vale a dire di una unità funzionale caratterizzata dalla convergenza in un unico luogo di specialisti affini e complementari che prestano la propria opera nei confronti dei pazienti ricoverati nell'area, indipendentemente dall'essere questi ultimi allocati presso la specifica Unità specialistica.

Qualche considerazione, infine, sull'opportunità - per non dire necessità - di adottare soluzioni che corrispondano ad un criterio di "alta specializzazione" delle strutture che verranno predisposte. Infatti, il sistema di finanziamento per le Aziende Ospedaliere, a partire dalla fine del '95, prevede il pagamento delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate e sulla scorta di sistemi di verifica della qualità delle prestazioni svolte e delle attività erogate.

E' evidente come tale sistema introduca forti elementi di razionalizzazione, ma richieda, allo scopo di realizzare gli obiettivi previsti, una profonda revisione dei criteri di organizzazione e di funzionamento degli ospedali, criteri che però vanno già tenuti presenti nella fase di progettazione di una nuova struttura assistenziale. D'altra parte attraverso la qualificazione dell'offerta assistenziale misurabile dal livello delle prestazioni e da quantità, qualità e capacità d'uso delle tecnologie più avanzate, si è in grado di qualificare i livelli delle altre funzioni istituzionali, didattica e ricerca. Ciò si può realizzare però, oltre che in conseguenza delle risorse disponibili, soprattutto se si attuerà una forte integrazione con il territorio circostante, tale da far diventare il Policlinico "riferimento" di eccellenza per i bacini di utenza e "supporto" specialistico di una rete integrata di strutture ospedaliere e poliambulatoriali all'interno del territorio, eventualmente recuperando queste ultime anche al processo formativo.

Altri elementi irrinunciabili dell'organizzazione delle degenze devono essere:

- le camere di degenza vanno realizzate con non più di 2 posti letto, dotate di servizi igienici propri per offrire un elevato comfort: le degenze devono essere, per quanto possibile esposte a sud, esposizione che alla specifica latitudine notoriamente garantisce il benessere termico (fresco d'estate, caldo d'inverno); la finestra va prevista in asse con la porta per consentire la massima penetrazione dei raggi solari e dei benefici effetti dei raggi ultravioletti;
- l'ubicazione delle scale a servizio delle degenze deve essere tale da assicurare un veloce deflusso dei ricoverati in caso di necessità;
- i traffici puliti e sporchi vanno tenuti distinti e separati definendo percorsi chiari e lineari; possono confluire nel medesimo percorso purché controllati da adeguati protocolli organizzativi;
- il traffico da e per l'obitorio ed il servizio di anatomia patologica va tenuto naturalmente nascosto alla vista dei degenti;
- la dislocazione dei servizi deve essere centralizzata ed in posizione baricentrica rispetto agli utenti sia interni che esterni, per i quali va prevista una facile accessibilità.

Ubicazione dei posti letto per l'attività libero-professionale intramoenia

Fra le A.F.O. è indicata quella per l'attività intramoenia. Questa va effettuata, per i pazienti non ricoverati, presso gli ambienti ambulatoriali secondo turni e orari prestabiliti, mentre per i ricoveri sono possibili diverse soluzioni: una zona di degenza completamente autonoma con stanze singole, oppure camere singole a pagamento all'interno di ciascun reparto. Va preferita la prima soluzione, collocando un'area autonoma di degenza a pagamento all'ultimo livello di una delle stecche di degenza. L'area deve comprendere stanze singole con bagno e con letto per eventuale accompagnatore. L'unità a pagamento, che può essere destinata in parte alle specialità mediche e in parte alle specialità chirurgiche, sarà utilizzata a rotazione secondo le richieste degli operatori del Policlinico.

Servizi generali di supporto

Le gestioni di lavanderia e cucina vanno previste con affidamento all'esterno. Vanno previsti spazi di stoccaggio per il guardaroba. Il servizio di cucina sarà effettuato in loco in locali collegati con le degenze per la distribuzione del vitto ai pazienti, e correlati anche con la mensa-ristorante del personale; detti locali verranno attrezzati e finiti dalla ditta appaltatrice del servizio.

- Gli spogliatoi per il personale devono essere distribuiti nell'ambito dei diversi servizi specialistici e delle degenze, senza perciò realizzare una zona comune unica.
- Va previsto uno spazio per l'ingegneria clinica destinato alla gestione delle attrezzature medicali dell'ospedale, inteso come rapporto tecnico con le ditte fornitrici e manutentrici delle grandi attrezzature e come manutenzione diretta delle piccole attrezzature.
- Farmacia: l'attività di ricerca e didattica si svolge negli spazi non assistenziali. Vanno previsti spazi di immagazzinamento con uffici per il personale e un centro di farmaco-vigilanza.
- Laboratori: si tratta di laboratori di analisi chimico-cliniche, batteriologiche, virologiche, sierologiche, parassitologiche, chimico-tossicologiche, ecc. Tali spazi comprendono anche il centro immunotrasfusionale (la cui zona prelievi va dislocata in zona di facile accessibilità dall'esterno), il servizio di genetica, il servizio di dietologia. Per l'allestimento dei laboratori, si potrà prevedere, in luogo dell'acquisto delle attrezzature, il comodato d'uso in service.
- Sale operatorie: vanno previste 20 sale operatorie così distinte:
 - 11 sale operatorie chirurgiche (di cui 2 per trapianti d'organo);
 - 3 sale operatorie per attività di day surgery di cui 1 con riunito odontoiatrico;
 - 2 sale per endoscopia operativa di cui 1 nella zona radiologica;
 - 2 sale per l'angiografia interventistica (1 cardio e 1 neuro);
 - 2 sale per la chirurgia ambulatoriale, di cui 1 con riunito odontoiatrico.
- Pronto soccorso: nell'area del pronto soccorso vanno previsti, oltre i box visita:
 - 10 posti letto di osservazione e breve degenza; sala per piccoli interventi;
 - saletta radiologica senza mezzi di contrasto;
 - sala gessi.

Qualificazione dell'assistenza per acuti in regime di ricovero

Al dipartimento di emergenza e accettazione di una struttura di elevata qualificazione afferiranno: pazienti che necessitano di terapia intensiva, altri di terapia subintensiva e altri ancora bisognosi di trattamenti medici e/o chirurgici d'urgenza. Pur tenendo presente con il Trousseau che "il n'y a pas de maladies: il n'y a que des malades", è necessario ai fini organizzativi e gestionali fornire indicazioni su questi diversi tipi di pazienti: la tipologia delle tre diverse categorie di pazienti può essere dunque delineata come segue. Per i pazienti di terapia intensiva si ritengono valide le indicazioni suggerite dal St. Thomas Hospital di Londra: "i pazienti che hanno bisogno di terapia intensiva sono essenzialmente quelli che necessitano di un continuo supporto meccanico per il mantenimento di una funzione vitale o che probabilmente ne potranno aver bisogno entro brevissimo tempo". I criteri che hanno maggior credito da parte di qualificate personalità mediche sono quelli secondo i quali i pazienti di terapia intensiva sono: pazienti in fase critica, bisognosi di costante, intensa e qualificata assistenza infermieristica, di frequenti interventi del medico, dell'uso di speciali apparecchi e attrezzature. Ad esempio, sono casi di terapia intensiva: avvelenamenti, intossicazioni da funghi, emergenze cardiache, respiratorie, neurologiche, vascolari, neurologiche, gastrointestinali, metaboliche, oncologiche; traumi cranici, spinali, ecc.

I pazienti di terapia subintensiva sono invece quei pazienti che, pur essendo affetti da patologia simili alle precedenti, non si trovano nella fase critica e non hanno quindi bisogno di un'assistenza di livello analogo a quello proprio della terapia intensiva, ma comunque necessitano di un livello di assistenza

superiore a quella erogata ai pazienti normali. Tra questi vanno considerati anche i pazienti che si trovino nell'immediato decorso post-operatorio di operazioni chirurgiche di alto livello. Infine, vanno considerati i pazienti bisognosi di interventi medici e/o chirurgici d'urgenza ovvero quelli che, pur presentando una patologia di una certa entità, giungono all'osservazione con diagnosi non compiutamente accertata e che necessitano di atti diagnostici specialistici e di cure immediate o poco differibili: tali interventi vanno realizzati coinvolgendo le unità diagnostico-terapeutiche interventistiche presenti nelle singole A.F.O.

Le dotazioni di posti letto destinate a queste diverse tipologie di pazienti o alle corrispettive funzioni sanitarie (terapia intensiva, subintensiva, ecc.) e i relativi standard funzionali sono esplicitati dettagliatamente dalle leggi in vigore.

Per l'A.F.O. dell'emergenza sono previsti 50 posti letto, e ciò corrisponde al dettato di legge che prevede che "negli ospedali sede di Pronto Soccorso Attivo (P.S.A.) i posti letto da riservare all'urgenza non possono essere inferiori al 10% della dotazione complessiva dei posti letto di ciascuna area funzionale, escluse le unità operative di discipline dell'area funzionale di terapia intensiva, la cui dotazione di posti letto è totalmente destinata all'urgenza". Ma un Policlinico Universitario con le caratteristiche indicate nel bando è di fatto un'Azienda Ospedaliera. Come tale va dotato di un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A.) che assicuri nelle 24 ore, oltre le funzioni del P.S.A., gli interventi diagnostici e terapeutici delle funzioni specialistiche di cui è dotato, attraverso un modello organizzativo teso ad integrare più funzioni secondo criteri di interdisciplinarietà e contemporaneità di prestazioni. Ebbene è a questa specificità che non solo lo schema organizzativo in A.F.O. (che ricalca le direttive legislative per i D.E.A. di II livello quali sono previste per le Aziende Ospedaliere), ma anche l'organizzazione strutturale del progetto deve dare risposta. Nell'ambito dei posti letto delle A.F.O. vanno dunque compresi anche i posti letto "indistinti" del D.E.A. (che, come detto, non possono essere inferiori al 10% dei posti letto complessivi e parametrati).

Nell'ambito del Dipartimento di Emergenza e Accettazione saranno comunque previsti alcuni posti letto destinati alla osservazione ed alla breve degenza, in quanto una parte consistente dei ricoveri di P.S. viene dimessa entro 24-48 ore, ed ha quindi bisogno di una breve permanenza che non dovrebbe interferire con l'attività dei reparti degenza delle A-F.O.

Accettazione Sanitaria

È opportuno distinguere le attività del pronto soccorso da quelle dell'accettazione sanitaria posizionata in modo tale da essere direttamente fruibile dai pazienti di elezione, distinti dai pazienti dell'emergenza e dell'urgenza. Questo consente un efficace svolgimento di percorsi e traffici, evitando incroci ed intralci, con vantaggi sulla efficienza e sulla funzionalità della struttura ospedaliera nel suo insieme. Risulta evidente che entrambe le unità funzionali devono avere un'ubicazione che ne consenta la facile comunicabilità con l'esterno, in relazione ai contatti col pubblico, nonché che devono essere collegate strumentalmente per una gestione complessiva ed immediata con le unità di degenza.

Ubicazione della A.F.O. di Psichiatria e Psicopatologia Clinica. Il trattamento dei pazienti psichiatrici negli Ospedali per acuti è diventato ormai esperienza convalidata ed accettata da tutti dal momento che è dimostrato che per questi pazienti l'ospedale è meno terrificante, più gradito e terapeuticamente più efficace del "manicomio" di vecchia e sorpassata memoria. Il moderno trattamento dei disordini psichiatrici di ogni tipo sottolinea, ribadisce e puntualizza la necessità e l'importanza di mantenere il paziente, durante il ricovero, in stretta ed attiva comunicazione col suo ambiente di provenienza, nel quale dovrà tornare dopo la degenza senza che tale rientro possa provocare un innalzamento del suo livello di ansietà, che lo potrebbe indurre a considerare tale ambiente come fortemente dannoso per la sua salute ed a rifiutarlo. A tale postulato risponde la collocazione del reparto di Psichiatria in una zona contigua all'Emergenza, cui questi pazienti tipologicamente spesso appartengono, vicina al P.S., dal quale quasi sempre passano prima del ricovero, facilmente accessibile dall'esterno a parenti ed amici, ed infine nelle immediate vicinanze del poliambulatorio per il trattamento di loro eventuali patologie fisiche. Tale collocazione nelle immediate vicinanze del P.S. consente inoltre la possibilità di assicurare l'assistenza psichiatrica anche a pazienti ricoverati d'urgenza per patologie fisiche, ma con importanti risvolti negativi di tipo psichico (basti pensare ai malati di AIDS).

Organizzazione ottimale dell'attività di riabilitazione e recupero funzionale

Altro aspetto qualificante per il progetto è l'importanza, e conseguentemente la disponibilità di spazio, da assegnare all'AFO di Riabilitazione e Recupero funzionale; in questo ambito va compreso, secondo le indagini di un Comitato di esperti dell'OMS, l'insieme delle "misure dirette a ridurre l'impatto provocato dalle condizioni di disabilità e di handicap, permettendo ai colpiti di raggiungere una completa reintegrazione sociale". I posti letto con tale destinazione, peraltro previsti dalle norme di programmazione nazionale nei limiti di 1 p.l./1.000 abitanti (Legge 537 24.12.93), sono destinati ad accogliere quanti, superata la fase acuta della malattia, necessitano di un periodo di riabilitazione per il quale è necessaria una degenza superiore a quella media dei ricoverati, prima di essere restituiti al proprio mondo.

Accanto all'unità di degenza per la riabilitazione post-acuzie, vanno previste le Unità di recupero funzionale (neuro-motoria, geriatrica, cardiaca, respiratoria, ortopedica, gastroenterologica, foniatria) dove, in ambienti attrezzati e con personale specializzato, potranno essere fornite le relative prestazioni sia ai soggetti ricoverati come anche all'utenza esterna. Per tale ragione, queste unità vanno collocate, come pure tutta l'Area Funzionale, in una zona facilmente accessibile dall'esterno.

Il complesso progettato deve quindi essere in grado di fornire tutte queste prestazioni sia con i 20 posti letto richiesti, sia anche con tutta una serie di locali attrezzati per i vari aspetti della fisioterapia (idroterapia, termoterapia, attinoterapia, radarterapia, elettroterapia, pneumoterapia, massoterapia, ginnastica medica, ecc.). Devono essere altresì previsti locali per l'attesa al pubblico, per le prenotazioni e registrazioni dei trattamenti praticati agli esterni, per il personale sanitario e parasanitario, per il deposito della biancheria e delle attrezzature.

Massima funzionalità dei servizi aperti dell'ospedale, sia di tipo ambulatoriale che di day hospital, per le funzioni di filtro al ricovero ordinario

- *Ambulatori*

Il numero di stanze per attività ambulatoriali deve considerare la loro utilizzazione anche per attività libero professionali; vanno considerati come aree ambulatoriali parte degli ambienti previsti per riuniti odontoiatrici (33 postazioni destinate anche all'attività didattica del corso di laurea in odontoiatria), per la clinica psicologica, per la day surgery e per gli esami radiologici ambulatoriali.

- *Day Hospital*

Le più importanti attività che vengono generalmente svolte nel Day Hospital sono essenzialmente la terapia medicamentosa di mantenimento, come continuazione di cure già iniziate, la chemioterapia antineoplastica, la chirurgia di determinati settori, la terapia riabilitativa, i follow.up. Dal momento che nella stragrande maggioranza dei casi la frequentazione del D.H. può considerarsi naturale evoluzione, o comunque come la integrazione, di qualunque livello di assistenza presente nei reparti di degenza ordinaria, è preferibile adottare in sede progettuale - come del resto è quasi concorde parere degli esperti - la soluzione di prevedere la collocazione dei posti letto destinati al D.H. a stretto contatto col reparto di cui costituisce la continuazione funzionale, curandone in modo particolare i relativi collegamenti.

Sarà così possibile per il paziente in D.H. essere assistito dallo stesso team che lo aveva precedentemente in cura (o che ne ha predisposto il ricovero) con il quale è presumibile che si siano instaurati rapporti di fiducia, se non di gratitudine e di stima, che si ripercuotono favorevolmente anche sulle condizioni psico-fisiche del paziente. La concentrazione in un'unica struttura dei D.H. di tutte le specialità, come comunque consigliato da alcuni, comporterebbe una indubbia difficoltà nel mantenimento di questi rapporti, una inutile e dannosa perdita di tempo e di energie da parte del personale medico e paramedico (costretto a continui spostamenti), nonché una indubbia compromissione della corretta funzionalità di un complesso così articolato.

La collocazione dei posti di D.H. deve essere, di regola, contigua alle rispettive unità di degenza, "al fine di favorire l'opportuna integrazione operativa e del personale, nonché l'utilizzazione comune delle risorse strumentali".

Il progetto deve comunque garantire, per i posti di D.H., facile accessibilità dall'esterno, con percorsi separati rispetto a quelli intenti del reparto di riferimento; un'area di attesa con una zona amministrativa destinata alle informazioni, registrazione, prenotazione, archivio; un'area di

trattamento con un numero adeguato di ambienti, in rapporto ai casi da trattare ed alla loro tipologia; un'area dedicata al soggiorno/pranzo, con servizi igienici.

Discorso a parte merita l'attività chirurgica da svolgere in regime di D.H. (Day Surgery) che costituirà verosimilmente una realtà sempre più consistente nel futuro delle discipline chirurgiche: attraverso tale modello assistenziale è prevedibile che possano eseguirsi almeno il 30% degli interventi chirurgici nelle diverse specialità. Il suo sviluppo è stato determinato dalle profonde innovazioni tecnologiche che si sono registrate nel campo strumentale, così come in quello anestesilogico: così la chirurgia flebologica, la chirurgia dell'ernia inguinale, numerose patologie proctologiche, l'endoscopia operativa (gastrointestinale ed urologica), numerosi interventi oculistici ed otorinolaringoiatrici, rientrano ormai nella sfera delle operazioni eseguibili in regime di D.H. Le nuove tecniche di "chirurgia mini-invasiva" hanno cambiato l'approccio alla terapia di numerosi condizioni patologiche, e la stessa chirurgia laparoscopica (basti pensare alla colecistectomia per calcolosi) è prevedibile che possa essere in parte realizzata con ricoveri brevi o molto brevi. Lo sviluppo dinamico di tali settori della chirurgia è dunque destinato a cambiare le caratteristiche della disciplina anche perché il paziente, sempre più informato ed attento ai progressi, richiede trattamenti meno dolorosi e traumatici, pur mantenendo garanzie di sicurezza, che lo allontanino il meno possibile dai cicli produttivi. D'altra parte l'abbattimento dei costi di degenza che tale tipo di chirurgia comporta, in tema di valutazione dei costi sanitari, è argomento sentito: l'orientamento è limitare il periodo di ricovero cercando di privilegiare quelle tecniche chirurgiche che riducano al minimo il disagio per il paziente, anticipandone il ritorno alla vita normale. Tuttavia anche per l'attività di Day Surgery esistono norme di legislazione sanitaria per quanto riguarda strutture, pazienti, personale medico e paramedico addetto a questa attività. Le sale operatorie devono avere i requisiti previsti sia per quanto riguarda gli impianti di sicurezza che le attrezzature (apparecchiatura per anestesia a circuito chiuso, sistemi di monitoraggio del paziente, ecc.), giacché potrebbe ad esempio essere necessaria la conversione di un'anestesia locale in anestesia generale per complicanze insorte intraoperatoriamente.

Ugualmente importante è il monitoraggio intra e post-operatorio per l'identificazione di eventuali complicanze cardiache o respiratorie. È evidente che in conseguenza di eventi di questo genere il regime di ricovero dovrà essere trasformato da D.H. in ricovero ordinario, e ciò richiede la disponibilità di posti letto funzionalmente collegati con la struttura destinata all'attività specifica. Il personale medico e paramedico deve possedere specifica competenza per tale tipo di chirurgia, ma non disgiunta da quella più generale di tutta la branca di appartenenza. Il paziente deve avere le garanzie di sicurezza derivanti dagli aspetti appena illustrati, ma deve essere inserito anche in un contesto organizzato per tutti i successivi controlli ambulatoriali. In definitiva l'attività di Day Surgery va inserita in un contesto tecnologico e organizzativo di elevato livello per la gestione ordinaria, ma anche per quella straordinaria legata ad eventuali complicanze, che possono trovare adeguato riscontro solo presso i reparti di degenza ordinaria.

In conseguenza di ciò, si ritiene di dover realizzare un'area di Day Surgery autonoma, dotata di proprie degenze con proprie sale operatorie chirurgiche. L'unità autonoma esalterà al massimo le possibilità di sviluppo di tale attività e consentirà il funzionamento in orari anche differenziati rispetto a quelli della assistenza ordinaria. Proprio in considerazione di quest'ultimo punto la Day Surgery va posta al livello di smistamento del pubblico, così da facilitarne l'accesso senza creare disturbo alla degenza ordinaria. L'organizzazione interna dovrà peraltro consentire lo smistamento del paziente, in caso di necessità, presso i reparti di degenza ordinaria.

Efficienza e qualità dei servizi diagnostici al fine di ridurre i tempi di degenza

Un aspetto estremamente qualificante del progetto deve derivare dall'organizzazione della diagnostica radiologica, con le sue Unità interventistiche, che attraverso quantità e qualità delle prestazioni in grado di erogare, può rappresentare un "fiore all'occhiello" della struttura assistenziale ed un sicuro punto di riferimento d'avanguardia.

Lo spazio destinato alla diagnostica per immagini deve essere ampio e funzionalmente articolato in modo da poter ospitare "lege artis" sia le molteplici apparecchiature di tipo tradizionale sia quelle più moderne, come la TAC e la RMN di ultima generazione, oltre ai relativi servizi accessori.

Per garantire all'attività del Pronto Soccorso l'autonomia e l'indipendenza da ogni altra attività ed al fine di ottenere quella immediatezza di risposta alla domanda urgente senza interferire con quella routinaria, va prevista nell'ambito della struttura destinata all'Emergenza, una piccola unità di

radiologia diagnostica che viva di vita propria ed autonoma. Anche la progettazione della radiologia terapeutica, in continuo rapido sviluppo sia per le indicazioni che per le modalità di applicazione, deve trovare una sua logica e funzionale collocazione in superfici ampie, contigue sia all'area della radiologia diagnostica ed a questa strettamente correlata, sia al complesso operatorio.

La correlazione decisionale tra la terapia con radioisotopi e quella con acceleratori lineari, e tanti altri motivi di opportunità diagnostica e di logicità funzionale ben noti agli addetti ai lavori, obbligano infine la ubicazione del Centro per Radioisotopi in contiguità ed in continuità con la radiologia.

Le diagnostiche devono essere digitalizzate onde diminuire l'esposizione alle radiazioni. Vanno previste:

- 4 sale radiologiche tradizionali
- 4 sale ecografiche
- 2 sale mammografiche
- per la TAC :
 - 3 apparecchi, tra cui 1 TAC spirale.
- per la RM:
 - 2 apparecchi: 1 con magnete o misto, 1 di alta gamma da 1,5 Tesla
- Per la radioterapia:
 - 1 Acceleratore lineare di alta gamma Dual Energy
 - 1 Acceler. lin. con Fotoni 6 Mv ed Elettroni 5 gamme fino a 12 Mcv.

Nell'ambito del Centro Radioisotopi vanno previste 3 gammacamere, una PET. Era prevista la fornitura di un ciclotrone per la produzione del fluoro radioattivo utilizzato in ambito diagnostico ma, in considerazione delle tendenze della tecnologia e dei modelli organizzativi cui fa riferimento la sanità, è ipotizzabile che l'acquisto della PET interesserà una rete di strutture sanitarie diverse comprese nell'area tra Napoli e Roma. Si prevede di collocare in futuro un'apparecchiatura per la produzione di positroni, che probabilmente nell'arco di un decennio rappresenterà l'evoluzione, anche in ambito diagnostico, dei ciclotroni attualmente in uso.

Utilizzo adeguato di spazi e strutture, con estrema attenzione all'aspetto dell'umanizzazione

Col progresso scientifico è entrata in ospedale la tecnologia più avanzata la cui prevalenza ha mutato sostanzialmente il rapporto col malato: da un rapporto fra esseri umani è spesso divenuto un rapporto fra tecnici e un organismo malato inteso talora come "macchina da riparare". "Dal punto di vista dei riflessi umani e psicologici sull'individuo, l'attuale impiantistica sempre più sofisticata ha creato nelle camere e nei vari ambienti dell'ospedale un'atmosfera asettica, spettrale, tale da indurre nel degente, ed anche nello stesso personale sanitario, un senso di spersonalizzazione, di alienazione" (G. Michelucci). E, come giustamente sottolinea J. Ziegler, "varcata la soglia dell'ospedale, la persona diviene oggetto di una prassi e di una razionalità che le sono totalmente estranee, ... una nuova razionalità che non è quella della sua vita, ... che si impadronisce di lei e le impone un codice di comportamento inedito".

Al contrario prendersi cura di una persona vuol dire osservare il paziente in prospettiva olistica che si occupi in maniera globale dei diversi aspetti della persona stessa. In questa ottica se da un lato l'ospedale deve presentare alta efficienza, rigore e modernità nelle tecniche diagnostiche e terapeutiche (senza di che l'umanizzazione non sarebbe che un palliativo o una mistificazione), dall'altro deve essere reso "un luogo dove in maniera esemplare si esprima la solidarietà umana, la comprensione e la pietà per il dolore, la malattia e la morte" (Selvini). Ciò è realizzabile se si riesce a far confluire nell'ospedale, come da Decreto n.517/93, alcune caratteristiche positive che hanno connotato nei secoli le istituzioni ospedaliere: dall' "hospitium" medievale, dove si esercitava la pietas cristiana nei confronti dei diseredati, all'ospedale "cittadella del sapere", nato nel XIX secolo dopo la Rivoluzione francese, luogo dove venivano dispensate cure efficaci ai malati, per finire all'ospedale del "welfare state", in cui si è cercato di dare risposta efficiente al diritto alla salute di tutti i cittadini indipendentemente dal loro censo.

Gli obiettivi a cui si può fare riferimento per umanizzare le strutture sanitarie riguardano in particolare tre settori: l'organizzazione strutturale dell'ospedale, il rapporto con le persone, la struttura amministrativa. Per quanto concerne il primo settore, le lamentele più comuni dei pazienti riguardano sovraffollamento, scarsità della privacy, trasporti e percorsi disagiati in occasione di esami diagnostici o visite specialistiche, rumorosità delle corsie, assenza di sale di soggiorno, difficoltà a

procurarsi generi di conforto; per i visitatori è consueto incontrare grande difficoltà ad orientarsi nei meandri dell'ospedale a causa di una segnaletica insufficiente.

Il rapporto con le persone (medici, infermieri, amministrativi, ecc.) è un elemento importantissimo per i pazienti, ma è fuori luogo soffermarsi in questa sede sull'argomento se non per sottolineare che una buona organizzazione spaziale delle strutture dovrà agevolare non solo l'aspetto tecnico delle professioni, ma anche, attraverso la gratificazione professionale che procura, la disponibilità dei singoli al rapporto interpersonale. Infine, per quanto concerne l'organizzazione amministrativa, è evidente che il negativo impatto con la burocrazia (che spesso il paziente ha al momento del ricovero) può essere di molto migliorato anche con la progettazione di un servizio di accettazione umanizzato nella sua struttura e dislocazione. Importante (come consiglio per i futuri amministratori) un "libretto di accoglienza", da consegnare al paziente al momento del ricovero, che riassume tutta l'organizzazione interna dell'ospedale.

Con l'adozione dei "blocchi" di degenza si va incontro al concetto di "umanizzazione". Frazionando le degenze l'ammalato potrà godere di privacy e comfort, poiché ogni piano e ogni area funzionale sono circoscritti: si concludono nel proprio ambito e non sono "frazione" di un grande "tunnel" di degenze nel quale l'ammalato non potrebbe avere l'isolamento necessario a favorire la soluzione del suo problema sanitario. Le camere devono essere a 2 letti (o singole), con propri servizi, evitando promiscuità e scarsa riservatezza propri degli schemi con servizi accentrati, ai lati dei corridoi di collegamento. I letti avranno vista verso i lati liberi e non verso i collegamenti, e le finestre si affacceranno su patii e giardini, con molto verde.

Con lo stesso spirito va concepita l'organizzazione degli spazi gravitanti sull'Atrio di ingresso, spazi che devono tendere a creare, per l'ammalato ed il visitatore, un ambiente accogliente e vario. Nell'atrio gravitano spazi di sosta e di attesa, di informazione e di ricezione, servizi di ristoro ed altri servizi esterni del pubblico; dall'atrio si dipartono i percorsi interni, semplici e ben indicati, facilitando anche i contatti fra interno ed esterno.

Sulla base dei criteri generali sovraindicati, la proposta progettuale deve porsi come finalità la realizzazione di una struttura ospedaliera rispondente pienamente alle esigenze della domanda e, allo stesso tempo, flessibile ed integrata, attraverso una stretta interrelazione funzionale ed organizzativa con l'area della didattica e della ricerca, per soddisfare, al contempo, bisogni ed esigenze future. L'organizzazione distributiva e funzionale del Policlinico deve nascere quindi dalla esigenza di offrire spazi adeguati, sinergicamente relazionati con percorsi chiari e riconoscibili per i diversi tipi di utenti, non rinunciando, tuttavia, al carattere di umanizzazione e di comfort che una tale struttura deve possedere.

ADEGUAMENTO PROGETTUALE

La recente crisi pandemica mondiale da Covid-19 ha messo a dura prova il sistema sanitario nazionale e quelli locali, che si sono dimostrati impreparati per carenze strutturali ed organizzative ad affrontare un'emergenza epidemiologica così terribile ed inattesa. Gli interventi per adeguare gli edifici sanitari alle nuove esigenze organizzative, in termini di protocolli e misure di contenimento, sono stati complicati dalle difficoltà di intervenire in strutture ospedaliere operative ed impegnate nelle normali attività diagnostiche ed assistenziali, tanto da rendere necessario ricorrere in tempi rapidi alla costruzione di nuove strutture sanitarie dedicate all'emergenza Covid-19 sia per assistere i contagiati e sia per eseguire le vaccinazioni.

Oltre all'emergenza sanitaria del Covid occorre poi annoverare, tra gli altri rischi che interessano gli ospedali, come molti altri edifici pubblici quali le scuole, quelli derivanti dall'inadeguatezza strutturale di sostenere le azioni sismiche, soprattutto alla luce dei recenti eventi verificatisi nel centr'Italia e dei recenti sviluppi delle normative tecniche di progettazione antisismica.

L'attuale cantiere del nascente Policlinico di Caserta, in particolare, nasce da una concezione architettonica, strutturale, impiantistica e sanitaria che risale ai primi anni del duemila e che pertanto, dopo oltre vent'anni, lo rende obsoleto prima ancora di essere terminato e messo in esercizio. La stessa progettazione antisismica risale agli approcci calcolativi e alle azioni sismiche dettate dal DM '96, ben lontano nel tempo rispetto agli attuali standard delle Normative Tecniche per le Costruzioni del 2018.

Le strutture ospedaliere devono rispondere alle richieste sanitarie della cittadinanza e gli aspetti distributivi ed impiantistici della costruzione devono essere determinati in considerazione dell'utilizzo dell'asset. Le tematiche sopra espresse non trovano generalmente riscontro nelle normative perché le casistiche sono variegate; generalmente è la Regione che definisce il grado di importanza dell'Ospedale, e le sue caratteristiche (reparti, tipologia di malattie da ricovero, pronto soccorso, posti letto, sale operatorie etc) in funzione della richiesta sanitaria della popolazione del territorio interessato. Altre scelte operative sono usualmente definite in accordo con la Direzione Sanitaria del nosocomio. Certamente una struttura di questa entità è da considerare perlomeno di importanza regionale e allo stesso tempo struttura di rilevanza strategica, intendendo con questo termine la definizione dell'OPCM3316/2003, e cioè riconducibili alla gravità delle conseguenze di eventi limite, quali il crollo (fabbricato densamente abitato) o anche solo nel caso di fuori servizio (cittadinanza senza presidio sanitario). Per questa ragione si ipotizza nel seguito la necessità di adeguare il progetto dell'Ospedale a tutti gli standard, attualmente adottati per i nuovi ospedali in costruzione, frutto delle recenti evoluzioni tecniche in risposta al binomio dinamico malattia-cura.

Il concetto viene ripreso più dettagliatamente nei paragrafi successivi.

Le attività lavorative tutt'ora in corso offrono quindi l'opportunità di poter ancora mettere in atto interventi di adeguamento degli edifici, in fase di costruzione, agli attuali protocolli sanitari e standard impiantistici per renderli pronti a sostenere una crisi epidemiologica anche peggiore di quella del Covid, senza avere le difficoltà operative interferenziali di intervenire su una struttura in funzione. Inoltre, la disponibilità di edifici con le parti strutturali ancora in vista consente di mettere in opera interventi di miglioramento/adeguamento alle attuali normative antisismiche senza dover ricorrere a significative demolizioni.

Gli edifici dedicati alla Didattica e alla Ricerca rientrano nella categoria delle opere cosiddette "Rilevanti" nei riguardi della pubblica incolumità, ovvero quelle che per caratteristiche strutturali, dimensioni, forma e materiali impiegati, possono comportare, in caso di fallimento, un elevato rischio per la pubblica incolumità e per l'assetto del territorio. Le strutture propriamente sanitarie, come gli ospedali e nella fattispecie gli edifici dell'Assistenza, sono invece opere "Strategiche", ovvero quelle opere la cui funzionalità durante gli eventi sismici assume rilievo fondamentale per le finalità di protezione civile.

Anche se dal punto di vista progettuale l'intero complesso è stato qualificato come policlinico universitario e quindi un'opera "Rilevante", ai fini della sicurezza sismica e allo scopo di ottimizzare i relativi costi, gli interventi di adeguamento sismico proposti nella presente relazione saranno finalizzati a mantenere la funzione "Rilevante" per gli edifici della Didattica e della Ricerca e ad elevare alla valenza "Strategica" i soli edifici dedicati all'Assistenza.

Il costruendo nuovo Policlinico Universitario di Caserta, annesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, per le intrinseche caratteristiche dimensionali e funzionali, rientra quindi tra le strutture ospedaliere regionali di carattere strategico.

Un Ospedale è una struttura complessa che contempera molteplici aspetti da considerare nella gestione. Tra gli aspetti primari vi sono certamente quelli di carattere edilizio, ma ve ne sono anche altri, meno evidenti, che richiedono particolare attenzione perché possono incidere direttamente sulla funzionalità sanitaria per la quale la struttura è stata progettata. Gli aspetti di maggior rilievo sono:

- I. edilizio, che prevede il rispetto e l'adeguamento del costruito alle normative, nuove o aggiornamenti, cogenti (es. Leggi, Decreti etc.) o linee guida (es. norme ISO, CEI etc.), che sono emanate nel corso del tempo da soggetti e/o Enti preposti;
- II. requisiti sanitari per la conservazione nel tempo della funzionalità, in accordo con il livello previsto.

Questo secondo punto, nonostante non si basi su obblighi legislativi, deve essere valutato e considerato con attenzione, perché attiene all'ambito del rapporto tra Cittadino e Servizio Sanitario che la Costituzione Italiana garantisce con l'art. 32.

La capacità di una struttura sanitaria complessa, come lo è il nuovo Ospedale di Caserta, di soddisfare i requisiti previsti per i reparti e le funzioni per le quali è stato progettato, è infatti strettamente dipendente all'adeguamento degli aspetti organizzativi, distributivi, tecnologici e di attrezzature che lo sviluppo delle conoscenze porta nel campo della sanità.

Per l'adeguamento normativo e funzionale del costruendo Ospedale sono state fatte le seguenti considerazioni:

- L'importo residuo dei lavori per il completamento del Policlinico, calcolato sulle somme del contratto originale al netto del XII SAL e del ribasso d'asta del 18,819%, ammonta a circa € 130.000.000, IVA e oneri per la sicurezza inclusi, di cui circa € 67.000.000 destinati agli edifici con funzione ospedaliera.
- Per effetto degli eventi straordinari e/o adeguamenti normativi intervenuti nel periodo, per conservare i requisiti, cogenti e non, funzionali al carattere "Strategico" dell'asset, si rendono necessarie integrazioni e/o variazioni all'attuale progetto, che attengono aspetti strutturali, tecnologici e distributivi.

L'analisi condotta sulle conseguenze di quanto sopra consente di ragionare su due scenari:

(A) Importi originali dell'appalto (AdP 2000)

Considerando la suddivisione funzionale dell'appalto nei due blocchi, Didattica-Ricerca e Assistenza, senza ulteriori finanziamenti le risorse residue dell'appalto consentono di realizzare e rendere funzionali, quanto di seguito:

(1) Blocco Didattica - Ricerca, tutte le opere del progetto originario,

(2) Blocco Assistenze - con l'importo di circa 67.000.000€, possono essere completate e rese funzionali con gli interventi di adeguamento strutturale, architettonico e impiantistico alle normative cogenti solo due delle sei unità (precisamente la 4 e la 5), lasciando il resto nello "stato grezzo" attuale e quindi al momento non utilizzabile.

(B) Finanziamento integrativo (AdP 2023)

L'adeguamento, grazie a risorse economiche aggiuntive di circa 53.303.991,50 € (comprensivi di IVA ed oneri per la progettazione), consente di realizzare, oltre alle opere previste dal progetto originario del 2004 (ADP 2000) e successive varianti per la Didattica e Ricerca (valenza di opera "Rilevante"), tutti gli interventi di adeguamento strutturale, distributivo e tecnologico all'intero Blocco Assistenza (valenza di opera "Strategica").

I costi stimati, per tutti i lavori per l'adeguamento normativo e funzionale del blocco Assistenze indicati nei paragrafi (A) e (B) interesseranno tutte le Unità (1-6) e sono riconducibili ai seguenti macro-interventi:

Descrizione Interventi	Inc%
1. Adeguamento Sismico - Elementi strutturali Rinforzo fondazioni con ringrosso dei plinti e delle platee, rinforzo dei pilastri mediante cerchiature degli stessi, l'incremento delle armature pareti esistenti con interventi locali per migliorare la connessione dei solai-setti. - Elementi non strutturali ed impianti - Utilizzo di opportuni sistemi di controventamento per i supporti di canali e tubazioni, basamenti con supporti a molla per grandi apparecchiature e riorganizzazione del layout distributivo per essere conformi alle NTC 2018.	27 %
2. Adeguamento Normative Covid - Riorganizzazione degli spazi e dei percorsi per aggiungere le nuove funzioni necessarie per individuare e isolare i pazienti Covid, con particolare riferimento alle aree di degenza e del pronto soccorso. - Adeguamento Sale operatorie - Adeguamento impianti trattamento aria	40 %
3. Efficientamento Energetico - Adeguamento opere edili per incremento efficienza (Utilizzo di materiali innovativi con caratteristiche performanti) - Sistema isolamento facciate	33 %

- Installazione impianto fotovoltaico
- Adeguamento centrale termica
- Nuovi sistemi di distribuzione areaulici ed idronici
- Nuovi sistemi innovativi di telegestione per la gestione dei consumi.

Descrizione degli interventi e loro obbligatorietà

La scelta delle caratteristiche di una struttura sanitaria pubblica è demandata alla Regione di appartenenza, che in base alle necessità del territorio decide quali funzioni debba assolvere la struttura. L'adeguamento del costruito avviene per necessità cogenti (obblighi normativi) e/o funzionali. Per questi ultimi la scelta dell'intervento è normalmente demandata alla Dirigenza dell'Ente che gestisce la struttura (per es: l'ASL e il Direttore sanitario oppure l'Università e il Pro Rettore delegato), che opera per il mantenimento del livello qualitativo del servizio. Le varianti e/o integrazioni funzionali devono essere quelle necessarie a mantenere il livello di somministrazione di servizi sanitari allineato con la categoria prevista originariamente.

Il nuovo Policlinico Universitario di Caserta, annesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, per le intrinseche caratteristiche dimensionali e funzionali, rientra tra le strutture ospedaliere regionali di carattere strategico; al di fine di mantenere il rango di opera strategica l'Ospedale dovrà rispondere a tutti gli standard attualmente adottati per i nuovi ospedali in costruzione, frutto delle recenti evoluzioni tecniche in risposta al binomio dinamico malattia-cura.

Requisiti accreditamento SSN

Una struttura sanitaria per essere accreditata al SSN (Servizio Sanitario Nazionale) nella Regione Campania deve rispettare i requisiti minimi definiti con la Delibera della Giunta Regionale della Campania n° 3958 del 7.08.2001, che la recepisce il DPR 14.01.1997 e l'art.8 ter del D.Lgs. 31.12.1992 n°502, introdotto dall'art.8 del D.Lgs. 19.06.1999 n°229. Ulteriori requisiti vengono indicati nelle delibere G.R.C. nn. 165 e 166/2022.

I requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno sono indicati nella sez. B della succitata delibera.

In tale sezione sono compresi i requisiti obbligatori per le seguenti tipologie:

- Pronto soccorso ospedaliero
- Rianimazione e Terapia intensiva
- Degenza
- Day Hospital
- Day – Surgery
- Assistenza al parto: punto nascita – Blocco parto
- Reparto operatorio
- Gestione farmaci e materiale sanitario
- Frigoemoteca
- Servizio di sterilizzazione
- Servizio di disinfezione e disinfestazione
- Servizio cucina – dispensa
- Servizio lavanderia – guardaroba
- Servizio mortuario

Ulteriori dettagli sono riportati nella sez.B della delibera di Giunta Regionale Campania n° 3958 del 7.08.2001.

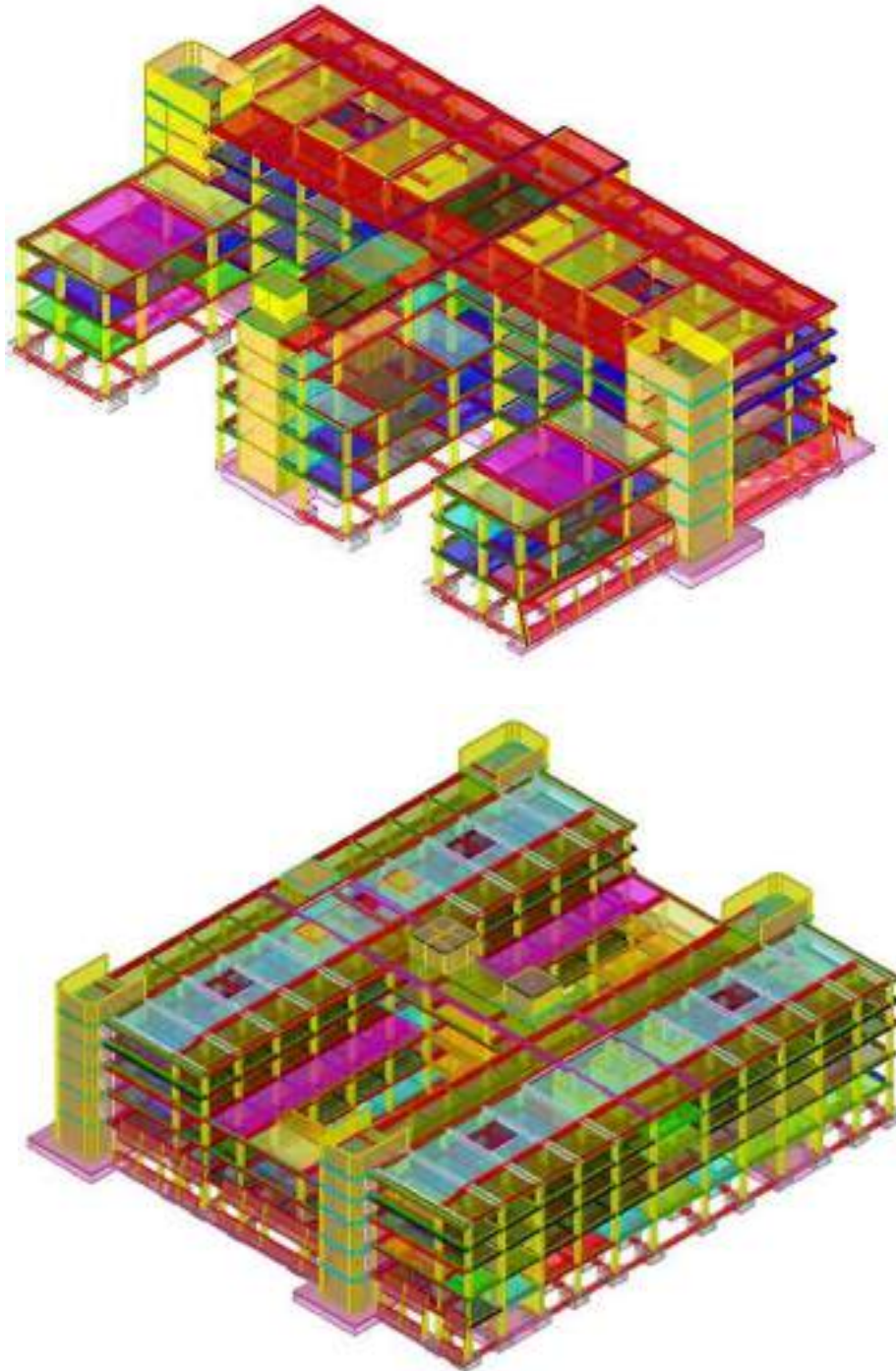
Requisiti tecnici prestazionali cogenti per strutture strategiche

Sono definite "Opere ed Edifici Strategici" quelle che rivestono importanti funzioni di protezione civile in caso di terremoto. Un elenco delle categorie di "edifici strategici" di competenza statale è riportato nel decreto 21 ottobre 2003 del Dipartimento della Protezione Civile, contenente disposizioni attuative dell'art.2, commi 2, 3 e 4 dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 (successivamente modificata e integrata con l'ordinanza del P.C.M. n. 3316 del 02 ottobre 2003).

Per rendere l'Opera Strategica e farla rientrare nel Piano di Emergenza Regionale è obbligatorio rispettare i requisiti tecnici definiti dalle norme NTC 2018, le quali regolano i criteri di progettazione e le verifiche tecniche da effettuare per rispettare i requisiti minimi di sicurezza sismica sia per le strutture che le opere impiantistiche e gli elementi non strutturali.

Gli interventi cogenti per rispettare i requisiti delle NTC 2018 e rendere la struttura "strategica" si possono riassumere qui di seguito in maniera indicativa e non esaustiva:

- Adeguamenti sismici per le strutture: per ottenere l'adeguamento alle NTC 2018 del blocco Assistenza ed ottenere un indice di vulnerabilità sismica superiore all'unità, bisogna prevedere interventi di rinforzo nelle fondazioni, attraverso il ringrosso dei plinti e delle platee, dei pilastri, mediante cerchiature degli stessi, e l'incremento delle armature delle pareti esistenti con interventi locali per migliorare la connessione dei solai ai setti.



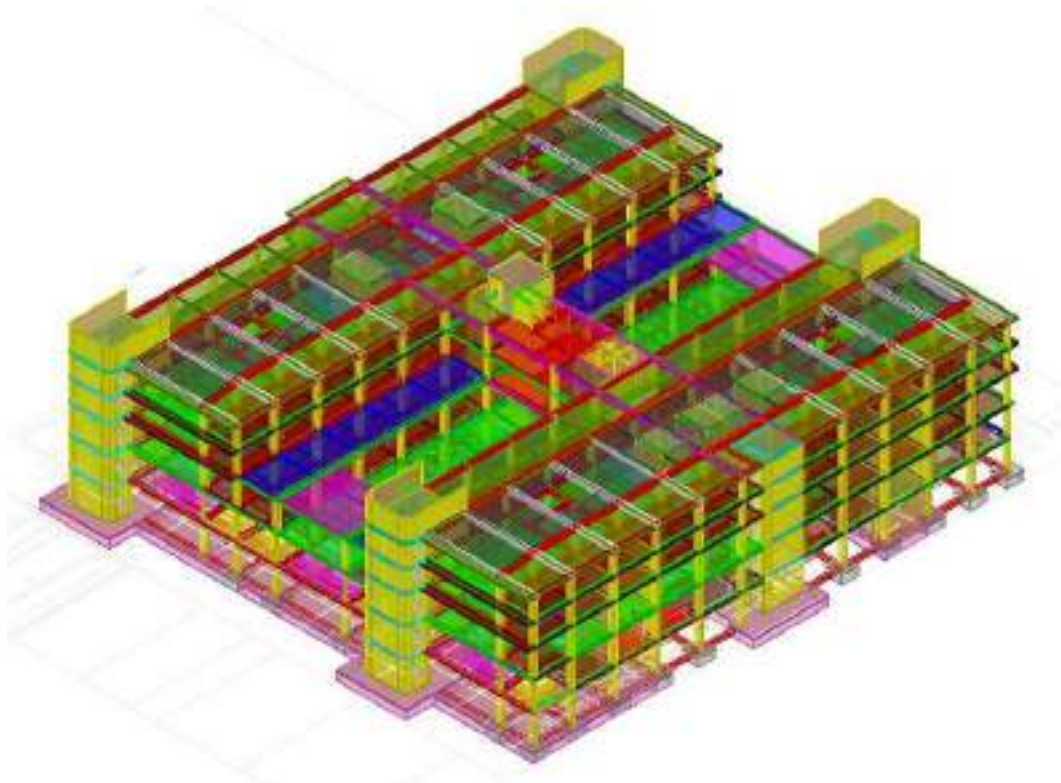


Figura 1 Modelli strutturali delle unità del Blocco Assistenza

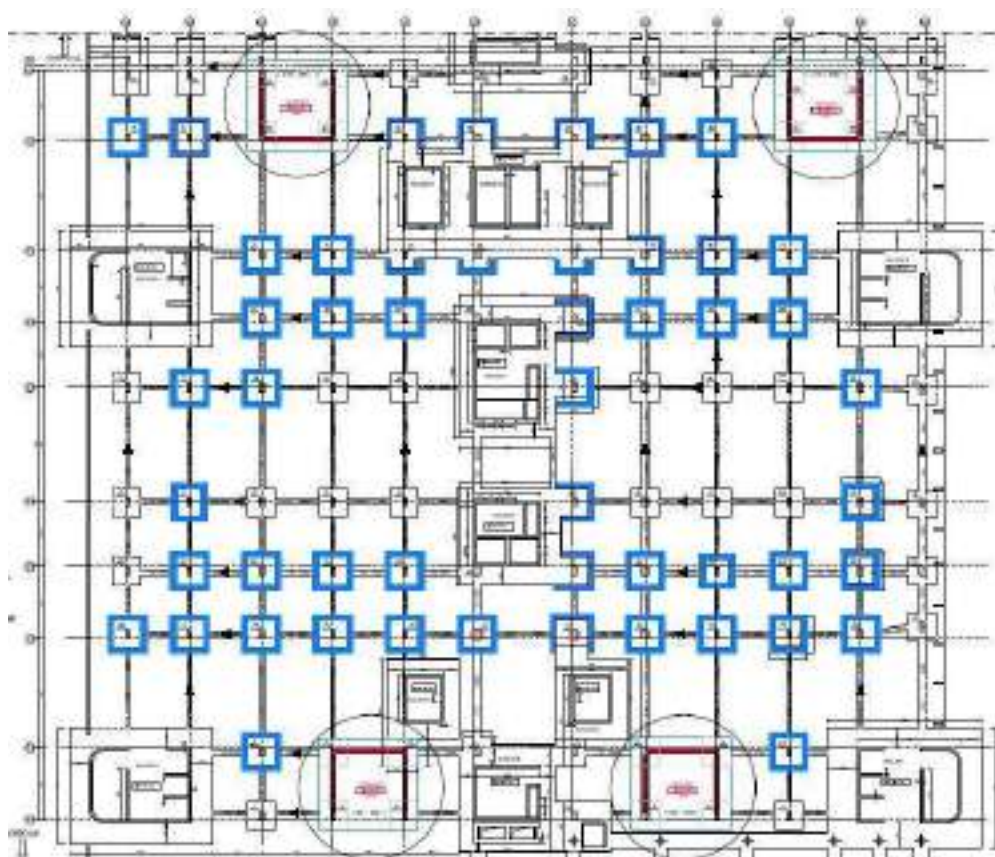
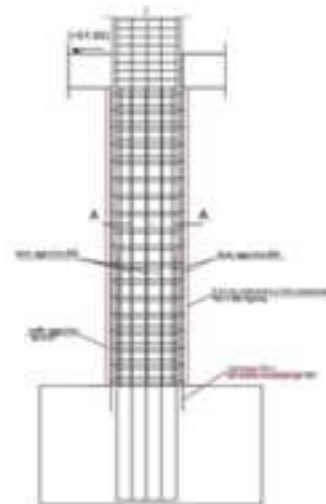
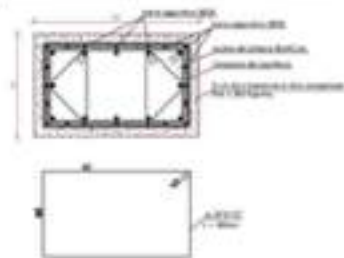


Figura 2 Adeguamento con il rinforzo dei setti e delle fondazioni

INTERVENTO RINFORZO DEI PILASTRI s.21 e s.22
dal piano di fondazione al primo impalcato Scala 1:50



Vista VZ

Figura 1 Adeguamento mediante il rinforzo dei collegamenti dei solai ai setti

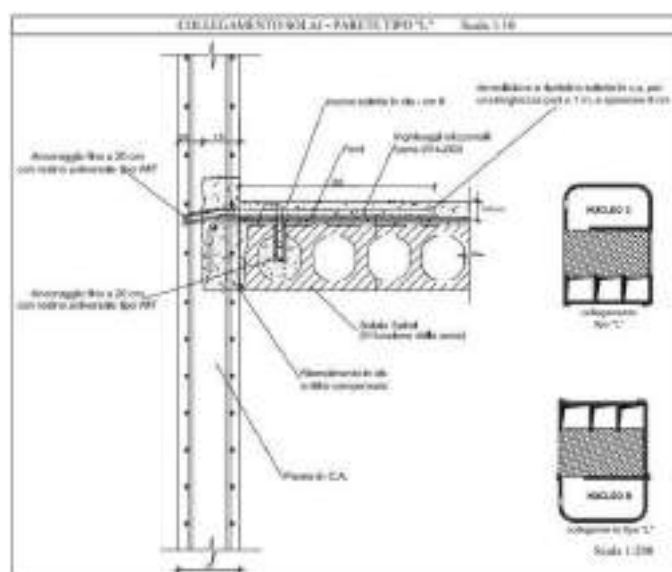
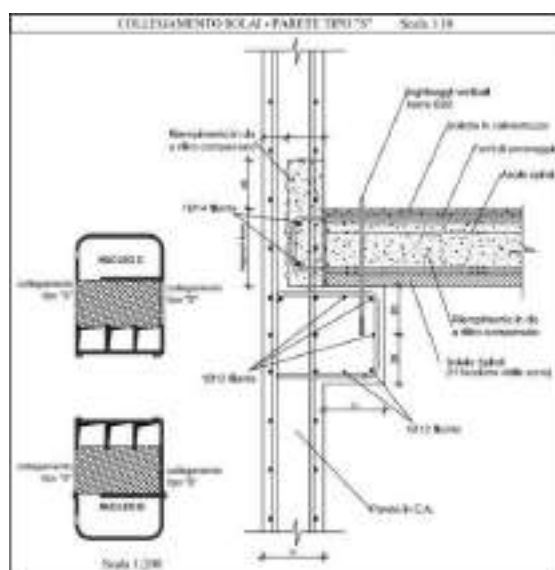


Figura 3 Adeguamento dei pilastri mediante cerchiatura

Adegamenti sismici per gli elementi non strutturali e per gli impianti: per essere conformi alle NTC 2018 si dovrà prevedere un layout degli impianti in grado di garantire una ridondanza delle macchine e si dovrà porre attenzione agli spostamenti relativi tra le varie componenti con lo scopo di lasciare gli opportuni spazi di rispetto in modo da evitare degli urti durante il sisma; si dovranno prevedere inoltre degli opportuni sistemi di controventamento per i supporti dei canali e delle tubazioni ed opportuni basamenti inerziali antisismici con supporti a molla per le grandi apparecchiature, in modo da resistere alle oscillazioni longitudinali e trasversali durante il sisma.

Adeguamento alle normative covid

Al fine di realizzare l'adeguamento progettuale del Policlinico Universitario di Caserta alle normative vigenti, si rende necessario riprogrammare e riorganizzare gli spazi per poter gestire la situazione pandemica da covid-19. In particolare, l'adeguamento riguarderà, tra gli altri, il pronto soccorso, area degenze e le sale operatorie.

Aree di intervento per l'adeguamento del pronto soccorso



Il Ministero della Salute ha emanato “Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art. 2 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34)” in cui viene sottolineata l’importanza del Pronto Soccorso durante le fasi acute dell’emergenza, per l’elevato numero di accessi, non adeguatamente differenziati.

Un primo studio preliminare è stato rivolto all’analisi delle funzioni presenti al suo interno in modo da poter individuare la necessaria separazione dei flussi e l’area da destinare al reparto covid.

In particolar modo, si è tenuto conto anche dei percorsi dei pazienti covid non solo in ingresso nell’ospedale ma anche di passaggio dal pronto soccorso fino alle degenze dedicate ai piani superiori.

Si prevede dunque la riorganizzazione degli spazi aggiungendo le nuove funzioni necessarie per individuare ed isolare i pazienti affetti da covid, tutelando gli altri pazienti no-covid e tutto il personale sanitario.

In particolare saranno aggiunte le seguenti funzioni, così come previsto dalla normativa (art. 2 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34):

- area di pre-triage;
- area di attesa dedicata a sospetti covid-19;
- ambulatorio per sospetti covid-19;
- diagnostica radiologica dedicata;
- percorso specificatamente individuato per i

pazienti covid-19

Figura 4 - inquadramento area Pronto Soccorso unità 5 (ed accesso con pensilina in Unità 6)

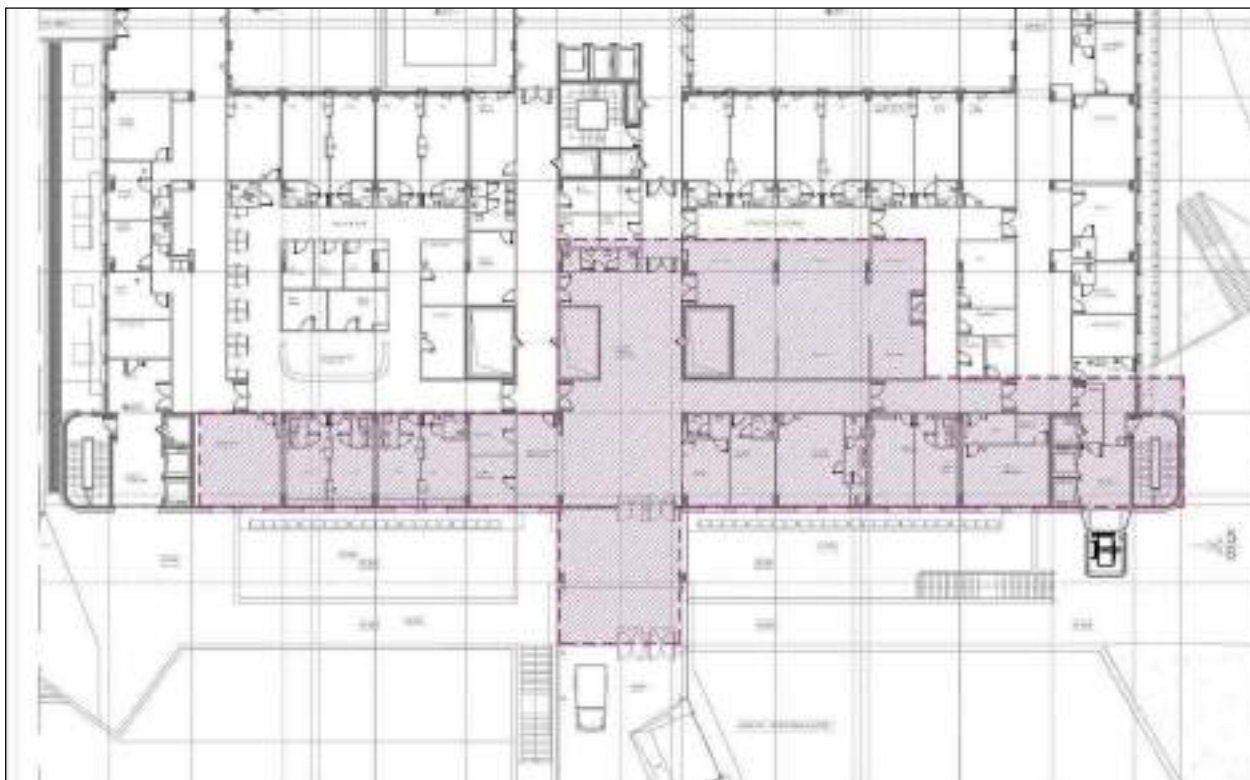


Figura 5 - Pianta Livello +66.50 - Unità 5 (con porzione d’accesso in Unità 6)

Adeguamento del pronto soccorso



Figura 6 - Pianta Livello +66.50 Adeguamento del Pronto Soccorso (con porzione d'accesso in Unità 6)

Le zone di pre-triage e triage risultano essere di fondamentale importanza e sono state collocate in posizione strategica rispetto agli ingressi del Pronto Soccorso (pedonale, auto, ambulanze); tali aree devono essere immediatamente identificabili per tutti coloro che accedono al Pronto soccorso. Le aree di pre-triage sono state poste esternamente agli accessi in modo da poter identificare i pazienti potenzialmente infetti e indirizzarli verso il percorso adeguato. Un altro aspetto fondamentale di cui si è tenuto conto è la separazione degli spazi e dei percorsi; a tal fine è stata individuata un'area covid dotata di tutte le funzioni necessarie per il primo soccorso e collegata direttamente alle degenze ai piani superiori in modo da trasportare i pazienti in completa sicurezza.

Adeguamento dell'area degenza

Vengono in seguito proposti indicativi adeguamenti progettuali da effettuare in conseguenza alla pandemia SARS COVID per l'area di degenza.

E' stata individuata un'area di degenza tipo all'interno dell'U5 da adeguare ed è stata scelta la porzione del livello 4 (+71.00 m) in continuità verticale con l'area COVID del pronto soccorso al livello inferiore (livello 3 ,+66.50 m), in modo tale da assicurare un percorso dedicato ai pazienti. Nell'area vengono individuati i servizi accessori necessari al funzionamento dell'area degenze per rendere l'area autonoma. Vi è una differenziazione dei percorsi per il personale e i pazienti, non sono invece stati individuati degli spazi di contatto con il pubblico vista la tipologia particolare di pazienti. Sono stati riposizionati gli ambienti di deposito sporco, deposito pulito e deposito farmaci, è stata aggiunta un'area cucinetta unita alla distribuzione vitto, ed è presente un'area relax personale, un bagno assistito e gli spazi per lo studio medico, le medicherie e il capo sala.



Figura 7 - inquadramento area Degenza unità 5



Figura 8- Pianta Livello +71.00 - Adeguamenti delle Degenze



Figura 1 - Pianta livello 4, +71.00 - Realizzazione delle Degenze Covid



Figura 1 - Pianta livello 4, +71.00 - Inserimento di Nuove Funzioni

Sono state individuate nel progetto di adeguamento tre tipologie di camera di degenza, la camera ad un posto letto, a due posti letto e a quattro. Le operazioni di adeguamento consistono nell'inserire uno spazio filtro per garantire il corretto isolamento dei pazienti. Nel caso delle camere doppie vengono individuati due scenari possibili: la prima prevede il semplice inserimento di una partizione scorrevole, come avviene per la camera da quattro posti letto; la seconda soluzione invece a maggiore complessità permette di posizionare anche un lavabo nello spazio filtro, come avviene per la camera a un posto letto. Questa soluzione richiede anche di cambiare la posizione della porta del bagno, rivolgendola verso l'interno della camera e assicurando uno spazio filtro non contaminato

Adeguamento della sala operatoria

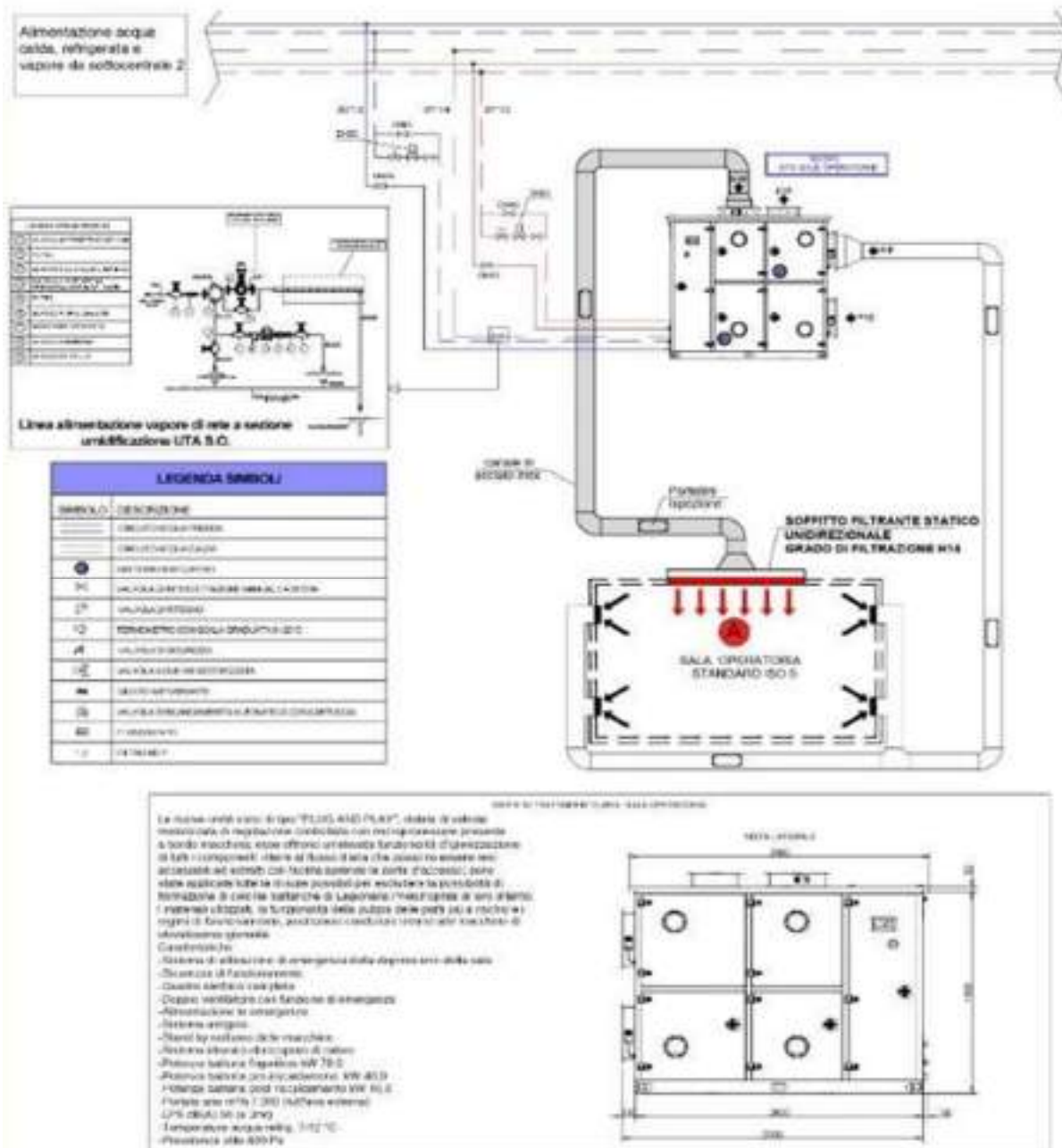
La sala operatoria rappresenta l'area più importante di un blocco operatorio. Si tratta di un ambiente confinato all'interno della quale vengono eseguiti interventi chirurgici di varia complessità e che richiede specifiche con



Figura 9 - layout tipo stanza di degenza - Variante di progetto

Condizioni igienico-ambientali, strutturali e tecnologiche. Le "Linee guida sugli standard di sicurezza ed igiene del lavoro nel reparto operatorio", costituiscono un importante documento che definisce i parametri da rispettare nei reparti operatori delle strutture sanitarie.

La presenza di adeguati impianti oltre a fornire una aerazione idonea e a mantenere condizioni termo-igrometriche adeguate alle attività svolte, serve soprattutto a tenere al di sotto dei limiti prefissati le concentrazioni ambientali di particolato, carica microbica aerodispersa, agenti anestetici e/o altri inquinanti. Il progetto prevede la realizzazione di sale operatorie ISO 5 definite da Norma UNI 11425:2011 come “*sala operatorie a elevatissima qualità dell’aria*”.



fonte: <http://burc.regione.campania.it>

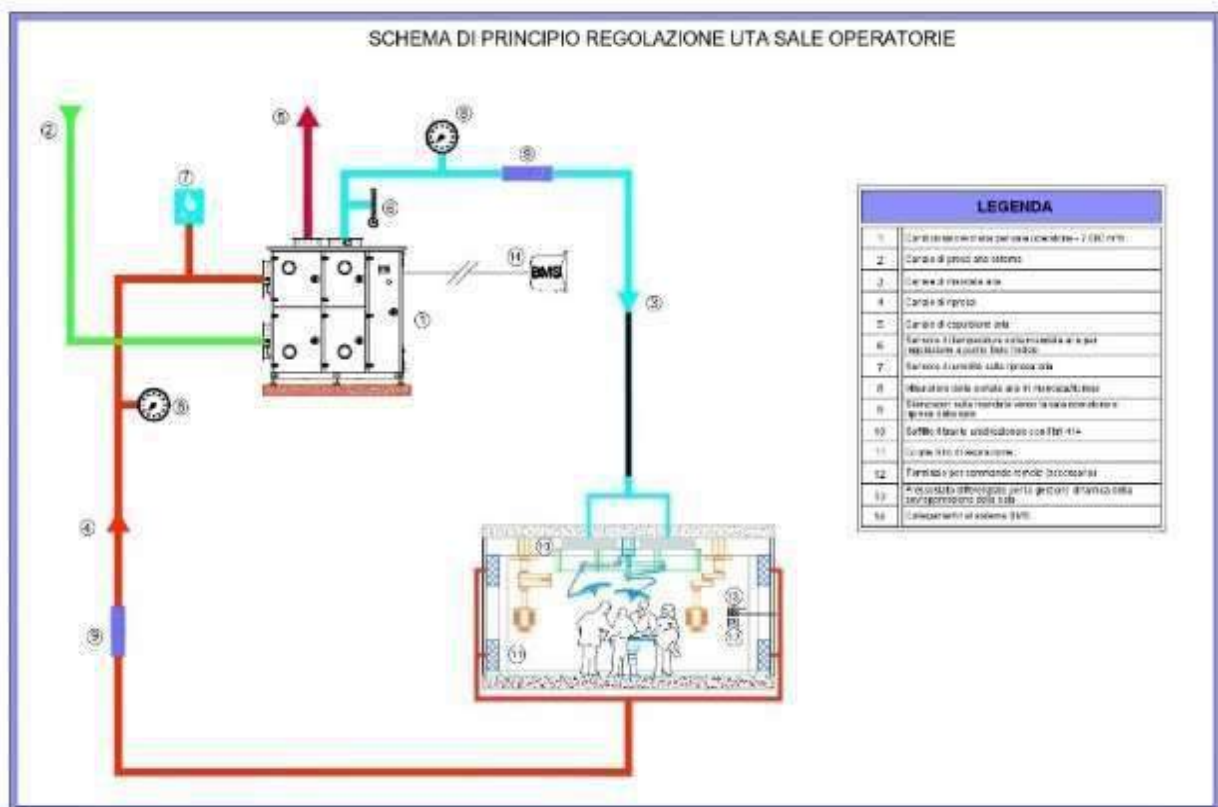
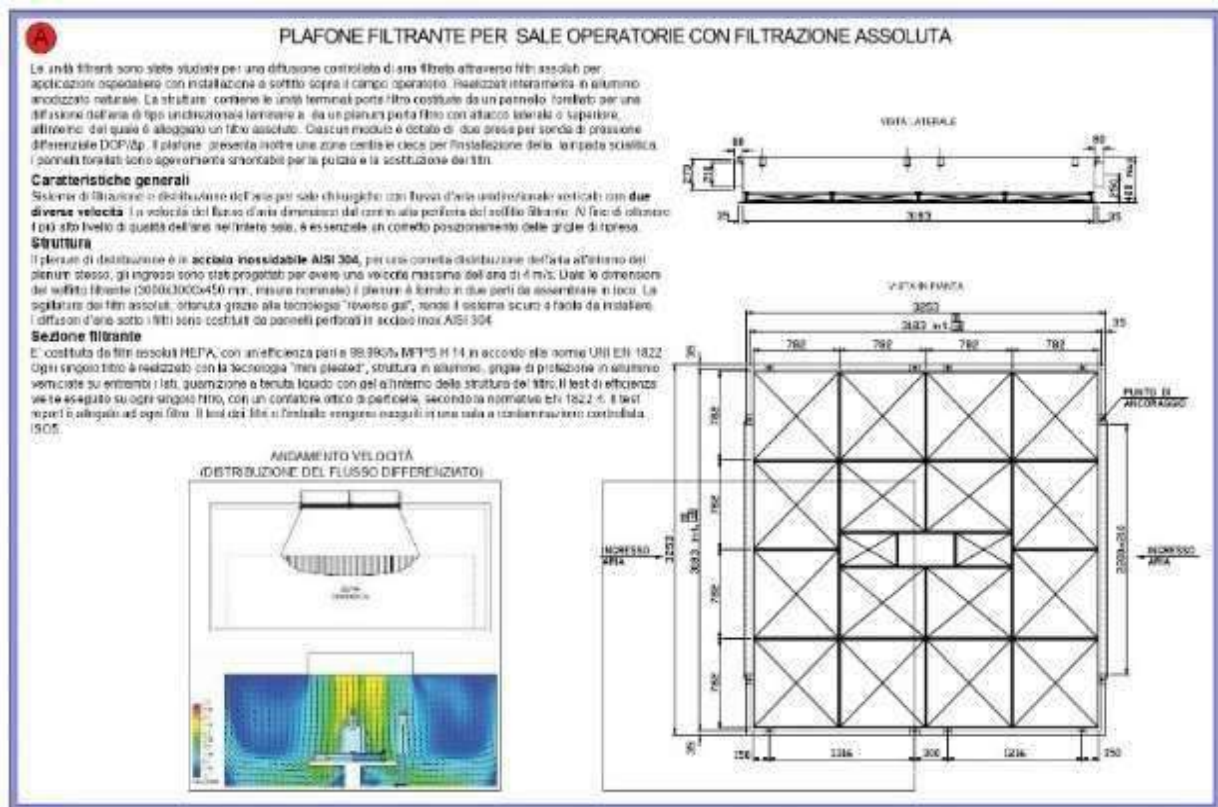


Figura 16 - Progetto di Adeguamento

Per combattere il covid in sala operatoria e tutelare la salute degli operatori sanitari, un'efficace arma è il flusso laminare dell'aria che viene effettuato tramite un soffitto filtrante posto sopra il tavolo operatorio.

Il sistema filtrante proposto è costituito da filtri ULPA U15 (Ultra Low Penetration Air) con un'efficienza maggiore pari a 99.9995% MPPS U 15, in accordo alla norma UNI EN 1822.

Questa soluzione è necessaria per le sale operatorie in classe ISO 5 per le quali è prescritto un flusso unidirezionale con velocità di uscita dal filtro non superiore a 0,45 m/s.

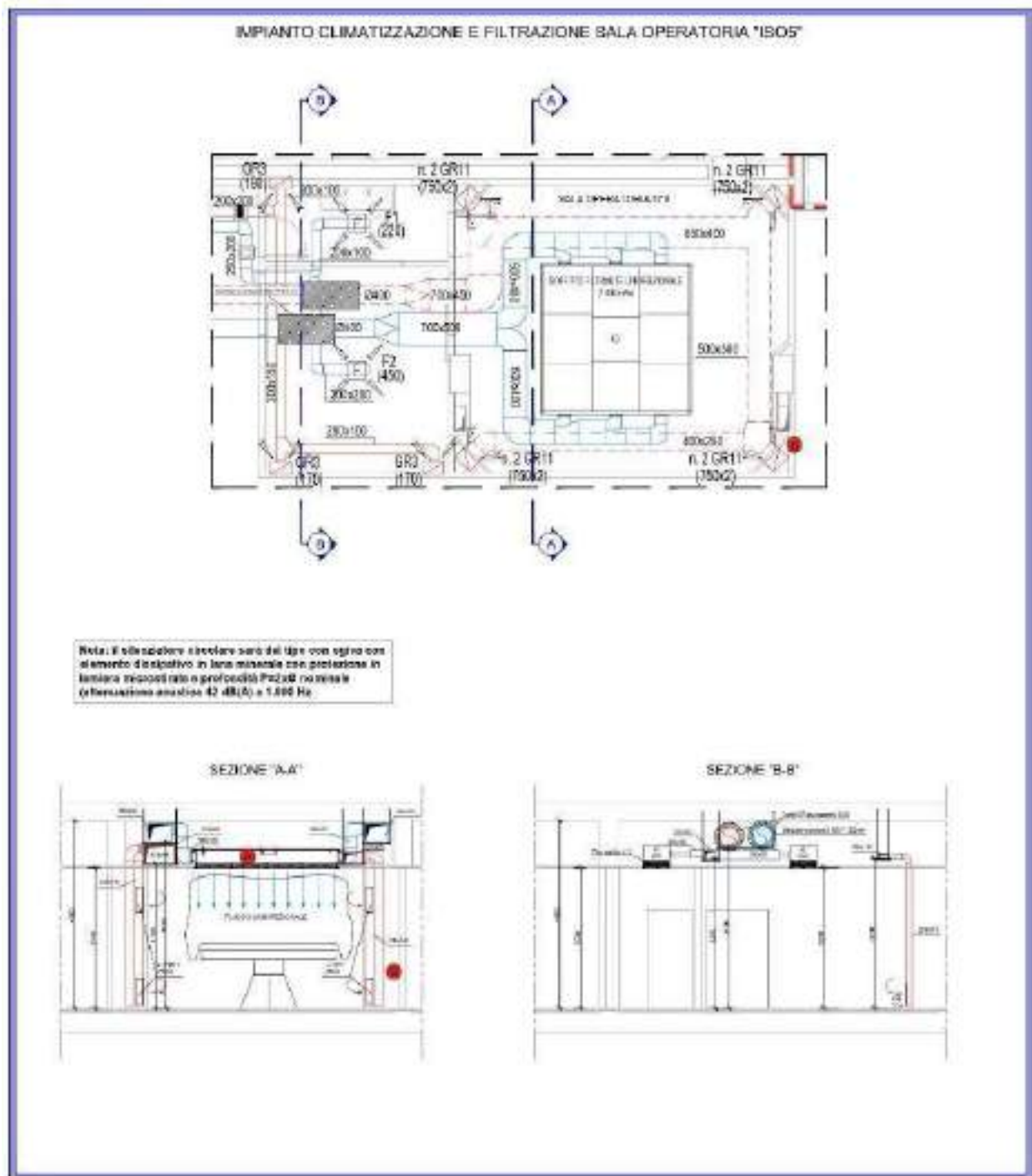


Figura 17 -Adeguamento dell'Impianto di climatizzazione e filtrazione della sala operatoria

Ai fini del miglioramento della qualità ed igiene dell'aria si prevede un canale di ripresa dell'aria in grado di riprendere sia la quota che per convezione sale verso l'alto, sia l'aria che si trova sotto il metro di altezza in cui possono essere presenti gas anestetici più pesanti dell'aria. canali sono costituiti da struttura portante triangolare o rettangolare in lamiera zincata da installare ai quattro angoli della sala operatoria. I vantaggi di tale sistema prevedono una più facile installazione e manutenzione in quanto smontabili per pulizia e sanificazione.

COLONNA VERTICALE DI RIPRESA PER SALE OPERATORIE



Descrizione - Impiego e vantaggi

È uno il campo di operatore via le quali di area ambiente che, per costruzione, solo verso l'alto: sia la quota che si trova in altezza di ca. 1,0 m ed il pavimento in cui sono eventualmente presenti gas anestetici più pesanti dell'aria.

Presentano il vantaggio di una più facile installazione ed una migliore manutenzione dei canali di ripresa.

Per un corretto ed efficiente effetto di "lavaggio" della sala operatoria si prevede l'installazione di dette colonne nei quattro angoli della sala.

Le particolari sono così costituite:

- struttura portante a sezione triangolare o rettangolare, di lamiera di acciaio verniciata;
- parte frontale di lamiera zincata forata verticalmente divisa in due parti, con queste caratteristiche:
 - a. parte superiore con rapporto vuoto su pieno maggiore di quello relativo alla parte inferiore;
 - b. parte superiore ed inferiore smontabili per pulizia e manutenzione;
- orcio superiore circolare di tipo a rete di drenaggio;
- altezza pari all'altezza della sala operatoria;
- orcio di lamiera zincata dello stesso tipo della parte frontale, di altezza pari a 100 mm per permettere la pulizia e la manutenzione della sala operatoria senza correre il pericolo che liquidi ecc. vadano per l'ascopoli possono entrare nella bocchetta di ripresa vera e propria;
- montaggio nei 4 angoli della sala operatoria.

Materiali

Struttura portante e parte frontale di lamiera zincata verniciata in colore bianco RAL 0010.

Parte frontale smontabile per una corretta manutenzione e manutenzione.

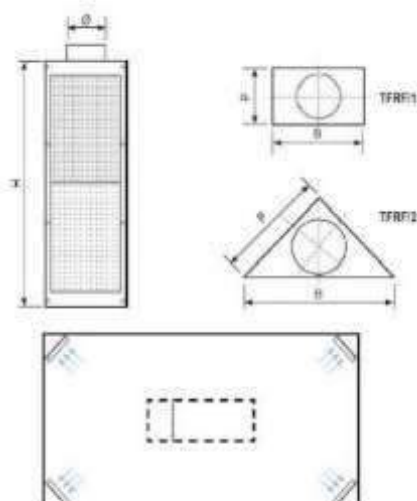


Figura 1 - Colonna verticale di ripresa sala operatoria

Efficientamento energetico

Tutti gli interventi volti all'efficientamento energetico, seppur non obbligatori, risultano necessari ai fini di una oculata gestione dei costi energetici poiché permettono il recupero dell'investimento iniziale tramite il risparmio sui costi di gestione della struttura durante il suo esercizio.

Gli interventi di efficientamento energetico possono essere riassunti in maniera indicativa e non esaustiva nei seguenti punti:

- Sostituzione delle componenti previste con materiali innovativi con caratteristiche più performanti, nuove macchine di generazione e trigenerazione, nuovi sistemi di distribuzione areaulici ed idronici legati a sistemi innovativi di telegestione per la gestione dei consumi;
- Installazione di un impianto fotovoltaico volto ad abbassare i consumi dell'edificio con conseguente risparmio in bolletta;
- Adeguamento impianti elettrici e meccanici, ed utilizzo di telegestione di nuova concezione;

Si riporta di seguito la tabella di sintesi con analisi preliminare dei costi e de risparmi generati dalla sola installazione dell'impianto fotovoltaico:

Descrizione	Importo
Costo dell'impianto fotovoltaico	€ 2.700.000 ca
Risparmio in bolletta annuale [€ / anno]	€ 1.060.000 ca
Tempo di rientro dall'investimento iniziale	Circa 3 anni
Risparmio maturato su costi in bolletta dopo 10 anni (calcolato su tariffe attuali)	€ 10.000.000 ca

Da considerare quindi un risparmio in bolletta di circa il 15% annuo.

Gli interventi di efficientamento energetico proposti consentono inoltre ulteriori salti di classe energetica che con la normativa attuale porterebbero un risparmio sui costi di gestione della struttura durante il suo esercizio, indicativamente un 5% per ogni classe recuperata.

Analizzando l'orientamento del cantiere e la disposizione dei vari edifici con i relativi ombreggiamenti, si propone di installare dei pannelli fotovoltaici inclinati, zavorrati o ancorati, sulle coperture dei padiglioni più a Sud (U2- U3), in cui a seguito degli interventi indicati nel paragrafo 3. *Possibili Interventi Funzionali.*

Diversamente, sui padiglioni che mantengono la copertura inclinata originaria, andremo ad installare pannelli fotovoltaici integrati al suo interno.

Questo permetterà la produzione in sito di energia elettrica, in coerenza con l'orientamento ideale per una resa ottimale dei pannelli e riduzione dei consumi energetici dell'edificio

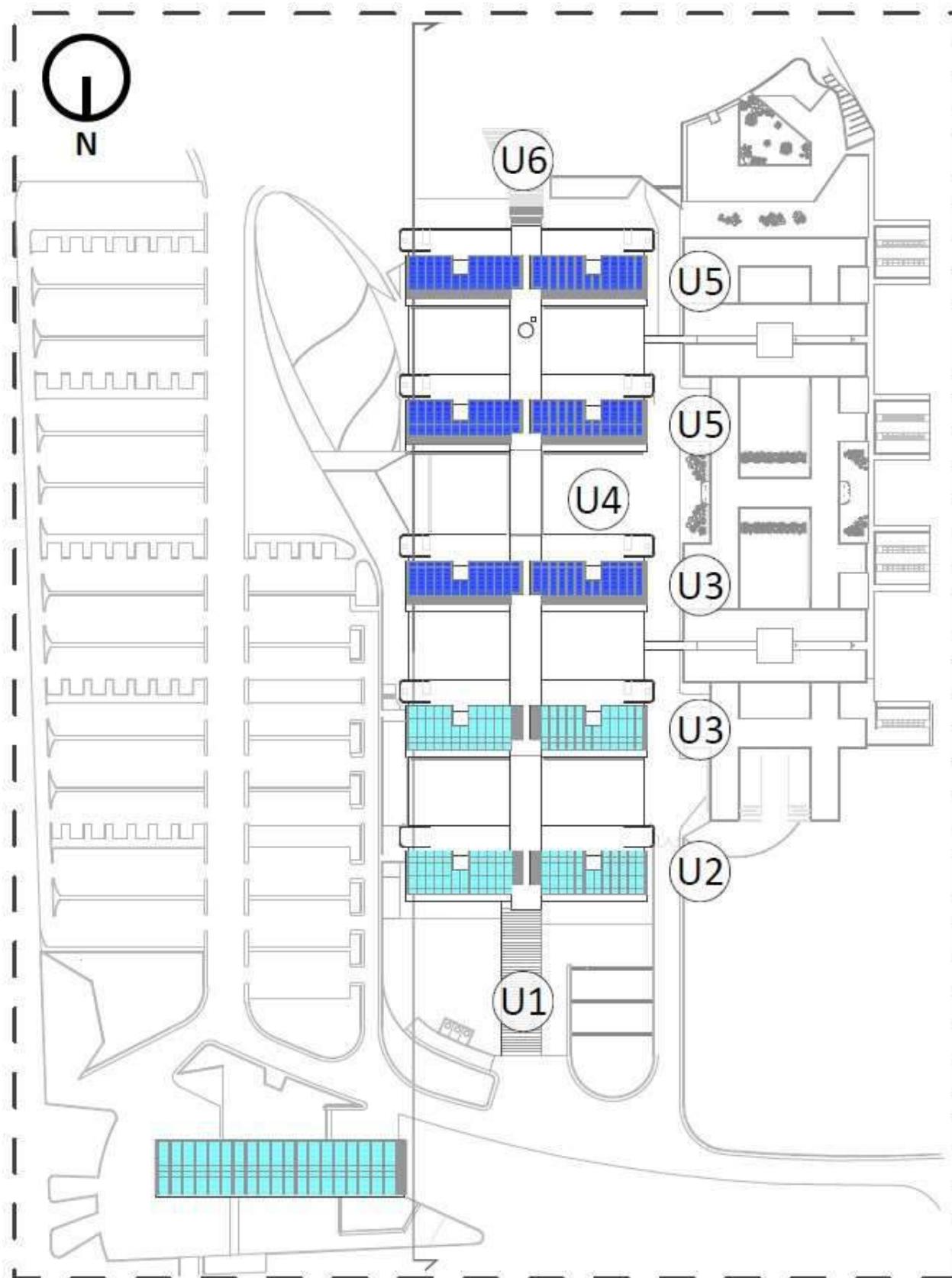


Figura 1 planimetria coperture con fotovoltaico

Il posizionamento dei pannelli varierà a seconda dell'inclinazione della copertura. La potenza di ciascun pannello varierà dai 300 w ai 450 w.

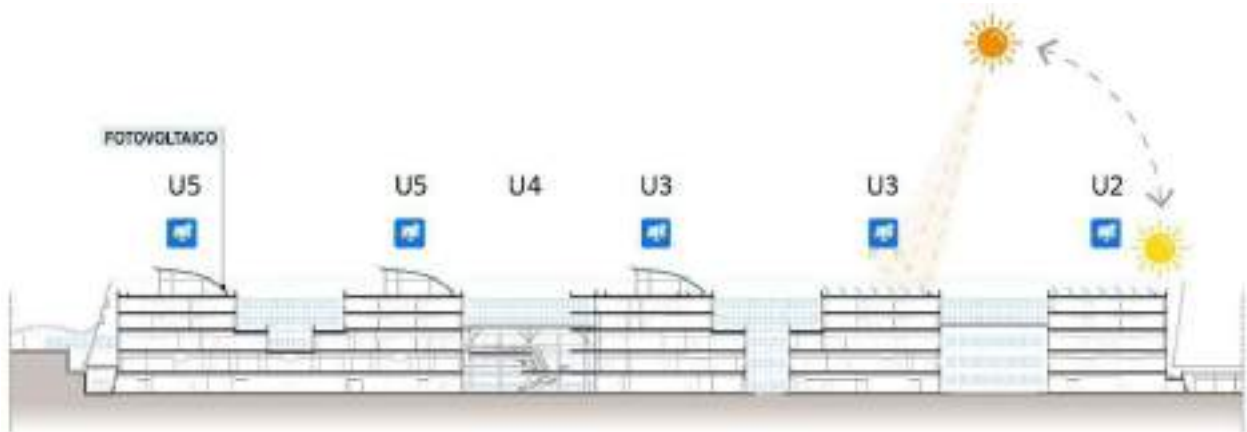
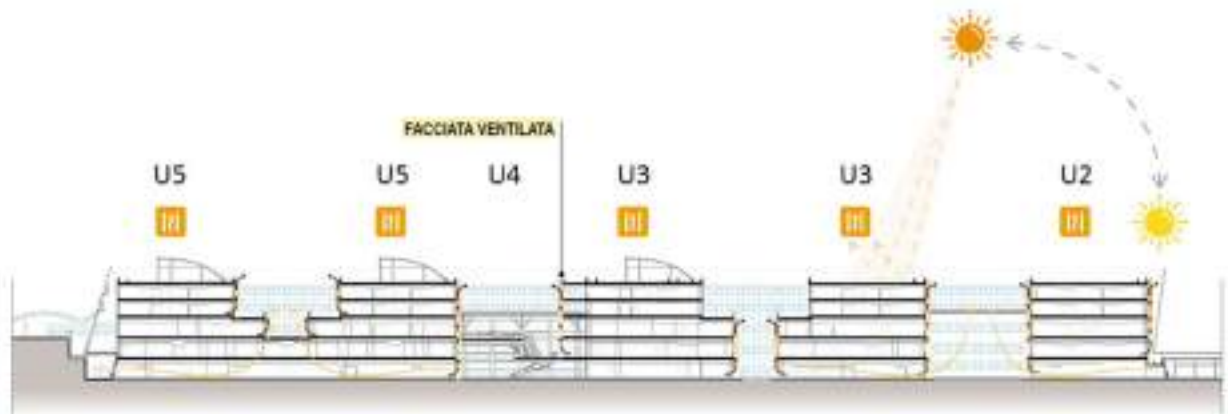


Figura 1. sezione bioclimatica

La seconda soluzione pensata è una facciata ventilata che possa migliorare il comfort interno e migliorare il ricambio di aria con l'ambiente esterno.

La possibilità di intervenire all'interno del pacchetto della parete ventilata ci consente un miglioramento sostanziale delle prestazioni, modificando il pannello isolante presente nel progetto attuale



POSSIBILI INTERVENTI FUNZIONALI

In relazione con il Piano Regionale di Programmazione Ospedaliera, è stato revisionato il reparto degenze nell'ipotesi di 380 Posti Letto.

Lo studio, condotto nel rispetto della funzione strategica del Policlinico di Caserta, ha apportato anche un contenimento del maggiore impegno economico e finanziario e all'individuazione di interventi di ottimizzazione funzionale del Blocco Assistenza con caratteri di forte reversibilità rispetto alle funzioni originali.

Gli interventi sono sintetizzati come segue:

- 1) Rifunionalizzazione delle aree situate al Livello 4 unità U2 e parte dell'U3 (Superficie circa 3500 m²).
Tali aree, attualmente destinate a degenze e servizi comuni, saranno convertite in spazi per la didattica e laboratori ricerca.
La loro collocazione, in prossimità dell'unità U4 in cui si trova il collegamento con il Blocco didattico, intensifica le connessioni funzionali tra i due blocchi.
- 2) Rifunionalizzazione delle aree situate al Livello 5 Blocchi U2 e parte dell'U3 (Superficie circa 3500 m²).

Tali aree, attualmente destinate a degenze e servizi comuni, saranno convertite in locali tecnici, permettendo il riposizionamento al livello inferiore della centrale tecnologica posta per i medesimi blocchi al Livello 6. Questo intervento permetterà la riduzione dei costi relativi agli elementi non strutturali (controsoffitti, partizioni interne, finiture, illuminazioni, attrezzature mediche, arredi, etc) ed ai costi relativi agli impianti per i seguenti motivi:

- Riduzione degli interventi previsti in copertura (rimozione del tetto a falde sul blocco U2 e parte del Blocco U3);
- Riduzione delle linee di distribuzione sia degli impianti meccanici che di quelli elettrici per la diminuzione delle quantità di tubazioni idroniche, canali aerulici, cavi elettrici, corrugati, relativi staffaggi di supporto, etc.

Per maggiore chiarezza, si può far riferimento alla seguente Tabella, dove viene riportato lo schema del progetto iniziale (Progetto 2003) in corso di appalto e non adeguato alle attuali norme (finanziato con ADP 2000) e, per confronto, lo schema di cui all'attuale proposta (ADP 2023).

Tale proposta (ADP 2023) prevederebbe due distinte fasi:

- Fase 1, con prosecuzione del progetto in corso di appalto (senza ulteriore finanziamento) con adeguamento parziale alle nuove norme di due delle sei unità del Blocco assistenza e contestuale realizzazione di 150 posti letto;
- Fase 2, completamento del progetto uniformato al Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera con adeguamento completo alle nuove norme attraverso il finanziamento aggiuntivo richiesto (completamento del Policlinico di Caserta), con il completamento delle 4 restanti Unità del Blocco Assistenza e la contestuale realizzazione di ulteriori 230 Posti Letto.

Unità	Fasi d'Intervento ed Adeguamenti						
	Progetto 2003 in corso di appalto (non adeguato alle attuali norme) <i>ADP 2000</i>		Fase 1 :Progetto in corso di appalto (senza ulteriore finanziamento) con adeguamento parziale alle nuove norme <i>ADP 2000</i>		Fase 2 : Progetto uniformato al Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera con adeguamento completo alle nuove norme attraverso il finanziamento aggiuntivo richiesto (completamento del Policlinico di Caserta) <i>"ADP 2023"</i>		<i>ADP 2000</i> + <i>"ADP 2023"</i>
U1	Degenze/servizi	N° posti letto: 500	<i>Al grezzo (stato attuale)</i>	N° posti letto: 150	Degenze/servizi	N° posti letto: 230	N° posti letto totali: 380
U2	Degenze/servizi		<i>Al grezzo (stato attuale)</i>		Didattica (LIV 4) /Impianti (LIV 5)		
U3	Degenze/servizi		<i>Al grezzo (stato attuale)</i>		Degenze/servizi/ Didattica/Impianti		
U4	Degenze/servizi		Degenze/servizi		Degenze/servizi		
U5	Degenze/servizi		Degenze/servizi		Degenze/servizi		
U6	Ingresso Pronto Soccorso/medicina nucleare		<i>Al grezzo* (stato attuale)</i>		Ingresso/triage		

(*) include Accesso Temporaneo al Pronto Soccorso

Gli interventi elencati nei punti 1-2 sono graficizzati schematicamente nell'immagine di seguito.

ORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

AREE FUNZIONALI OMOGENEE

LOCALI TECNICI E IMPIANTI

Locali tecnici
Hangar impianti

AREE DEGENZE

Camere di degenza: posti letto n° 241
Servizi comuni

AREA DIDATTICA

SERVIZI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

Pronto soccorso
Amministrazione e dir. sanitaria
Psichiatria-dialisi
Centro immuno-trasfusionale
Poliambulatori
Centro odontoiatrico
Day surgery
Recupero e riabilitazione
Rianimazione e terapia intensiva
Medicina nucleare / fisica sanitaria
Diagnostica per immagini
Blocco operatorio: 10 sale Liv. 2
4 sale Liv. 3

Degenze

SERVIZI GENERALI

Atrio di ingresso a tripla altezza
Servizio mortuario
Farmacia
Sterilizzazione
Cucina/Mensa/Ristorante
Depositi/Magazzini
Degenze

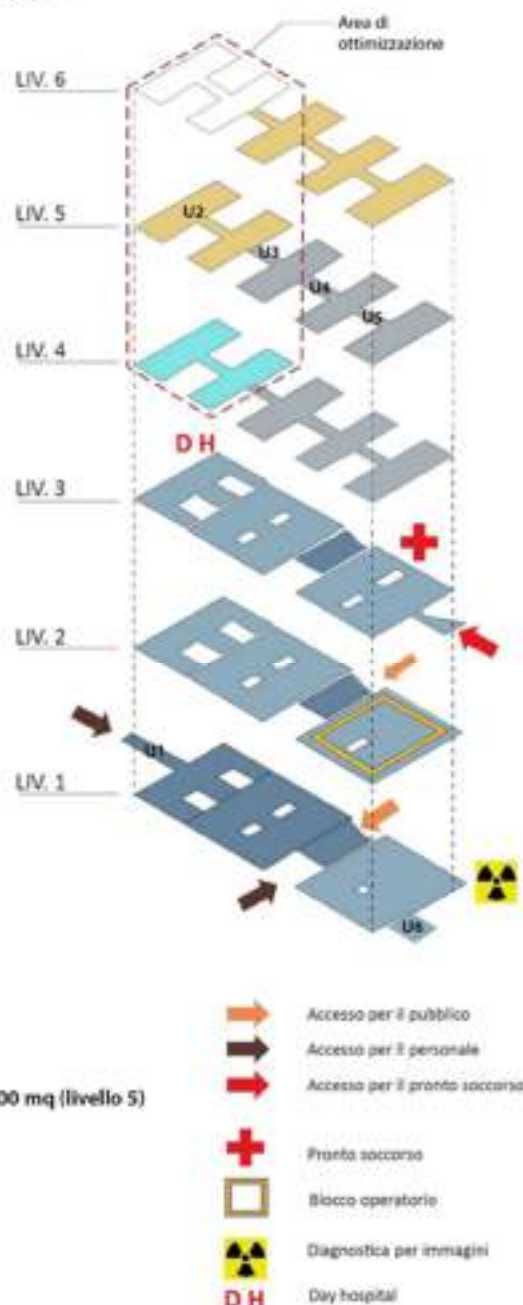
 Locali tecnici e impianti
Sup. 7500 mq (livello 6) + 3500 mq (livello 5)
= 111000 mq

 Area didattica
Sup. 3500 mq

 Aree degenze
(posti letto n° 350)
Sup. 15000 mq

 Servizi diagnostici e terapeutici
(sale operatorie n°14)
Sup. 34.250 mq

 Servizi generali
Sup. 12.725 mq



Tali interventi porterebbero ad un numero totale di degenze pari a 380 posti letto (PL), di cui circa 241 PL situati al Livello 4 e 5 e 109 PL distribuiti negli altri livelli.

Rispetto alla dotazione assegnata all'AOU "Luigi Vanvitelli", come dettagliato nel DCA 103 del 30.12.2018, di complessivi 477 PL, 380 PL saranno realizzati nella nuova sede di Caserta, oggetto dell'intervento. La restante parte delle attività e dei posti letto (n. 97), ad oggi, presenti nella sede di Napoli, saranno attivate in altre aree della Regione Campania.

Di seguito la tabella con il dettaglio delle discipline previste

			SITUAZIONE ATTUALE				PROIEZIONE			
DCA 103/2018							CASERTA		Altre sedi Vanvitelli	
		DISCIPLINA	CODICE	PP.LL.	UOC	UOS/UO	PP.LL.	UOC	PP.LL.	UOC
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Cardiologia	08	-	-	-	30	1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Chirurgia Generale	09	76	3	8	33	2		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Chirurgia Maxillo Facciale	10	6	2	1	6	2		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Chirurgia Pediatrica	11	10	-	1				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Chirurgia Plastica	12	8	1	1	8	1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Chirurgia Toracica	13	12	1	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Chirurgia Vascolare	14	2	-	1	2			
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Ematologia	18	4	-	1			4	
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Malattie endocrine, nutrizione e	19	12	1	1			12	1
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Geriatrica	21	10	1	1	5	1	5	1
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Malattie Infettive e Tropicali	24	14	-	1	22			
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Medicina del Lavoro	25	3	-	1			3	
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Medicina Generale	26	33	1	1	35	1	17	1
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Medicina legale	S40	-	-	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Nefrologia	29	18	1	-	10	1	10	1
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Neurochirurgia	30	-	-	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Neurologia	32	24	2	2	30	2		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Neuropsichiatria Infantile	33	15	-	1	15			
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Oculistica	34	16	1	1	12	1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Odontoiatria e Stomatologia	35	6	1	1	6	1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Day surgery	98	4	-	1	15		4	
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Ortopedia e Traumatologia	36	10	-	3	17			
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Ostetricia e Ginecologia	37	16	1	1	20	1	8	
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Otorinolaringoiatria	38	8	1	-	2			
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Pediatria	39	20	1	-	6		10	1
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Psichiatria	40	32	3	2	14	1	10	1
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Tossicologia	42	-	-	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Urologia	43	4	-	2	4			
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Terapia Intensiva	49	14	1	1	20	1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Dermatologia	52	6	-	1	6			
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	20	1	1	15	1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Fisiopatologia della riproduzione	57	-	-	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Gastroenterologia	58	12	1	2	6	1	4	
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Neonatalogia	62	12	-	1	10		6	
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Oncologia (con posti letto)	64	10	1	-	10	1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Oncoematologia Pediatrica	65	18	-	1	10			
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Pneumologia	68	-	-	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Reumatologia	71	12	-	1	6			
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Terapia Intensiva Neonatale	73	10	-	1	5		4	
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Gestione del rischio clinico	S33	-	1					1
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Igiene Sanitaria	S34	-	1			1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Medicina legale	S40	-	1					1
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Farmacologia clinica	S55	-	1			1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Terapia del dolore (con posti letto)	99	-	-	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Nefrologia Pediatrica	77	-	-	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Farmacia ospedaliera	S26	-	-	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Genetica medica	S31	-	-	2				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Anatomia e istologia patologica	S3	-	-	1				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Dietetica/Dietologia	S18	-	-	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Direzione Sanitaria di Presidio	S19	-	-	2				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Medicina Nucleare (senza posti)	S41	-	-	1				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Microbiologia e virologia	S45	-	1	-		1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	medicina sportiva	S44	-	-	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Radiologia senza pl	S75	-	1	-		1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Neuroradiologia	S49	-	1	-		1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Laboratorio di analisi	S37	-	-	-				
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Immunologia e centro trapianti	20	-	1	-		1		
AZIENDA UNIVERSITARIA	Struttura	Terapia del dolore (senza posti letto)	S72	-	-	1				
TOTALI				477	33		380	25	97	8

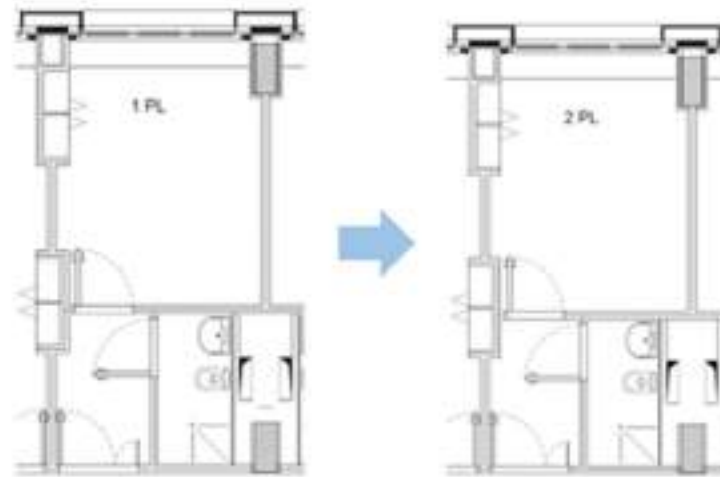
Come precedentemente illustrato, l'area della provincia di Caserta è dotata di soli 2,61 posti letto per 1000 abitanti, il che determina pesanti ricadute sulla mobilità sanitaria, fortemente passiva, e criticità nei presidi della rete. Con gli interventi inclusi nel presente programma, s'intende colmare questa rilevante carenza, con un sostanziale incremento di posti letto nella provincia. Si tratta, dunque, di interventi ritenuti indispensabili al fine di garantire i LEA nella macro-area, a partire dal completamento del nuovo Policlinico. Il conseguente spostamento di posti letto e di discipline, consente, tra l'altro, di realizzare un parziale riequilibrio nel rapporto tra PL e abitanti tra le province di Napoli e Caserta.

La congruità dell'intervento rispetto al piano ospedaliero, sarà assicurata conservando, tra le discipline che resteranno nel capoluogo, ovvero nei 97 PL che residueranno nell'attuale sede, attività che comunque soddisfano in via esclusiva e/o prevalente bisogni assistenziale nell'area di

riferimento, evidenziando che nel vigente piano ospedaliero, l'AOU Vanvitelli non svolge ruoli nelle tre reti principali di emergenza-urgenza (ictus, IMA, trauma),

In ogni caso, la Regione si impegna ad assumere i provvedimenti necessari a fornire un più compiuto inquadramento dell'intervento rispetto alla congruità con la rete ospedaliera entro la data di collaudo dell'opera e in ogni caso prima dell'entrata in esercizio.

Come illustrato nell'immagine di seguito, le dimensioni affini tra camere da 1 PL (grande) e camere da 2 PL, qualora richiesto dal Cliente, consentirebbe con un semplice redesign la conversione e l'incremento del numero di camere da 2 PL con il conseguente aumento delle degenze al Livello 4-5 di sino a massimo 277 PL, per un totale di 386 PL.



Nel caso di necessità di ulteriore aumento dei posti letto, sarà comunque possibile convertire l'unità U2 e U3 del Livello 4 (3500 m2), destinato a didattica, in degenze.

(A) Impatto Economico

L'esecuzione degli Interventi Funzionali, consentirebbe di ridurre l'incidenza delle opere di adeguamento distributivo e tecnologico del Blocco Assistenza (valenza di opera "Strategica") rispetto a quanto indicato nel capitolo 3. *Adeguamento Progettuale, paragrafo (B) Finanziamento integrativo*, richiedendo risorse economiche aggiuntive di circa € 36.215.655 (oltre iva e spese tecniche pari al 5%), illustrate nell'allegato 1.

In tale allegato, tutti i costi dell'intervento per il "Completamento del Policlinico di Caserta" sono stati valutati parametricamente al fine di determinare il necessario contributo integrativo (ADP 2023).

A tal fine sono state considerate distintamente le seguenti macrocategorie di opere: opere EDILI, STRUTTURE, impianti MECCANICI, impianti ELETTRICI E SPECIALI. Per ciascuna macrocategoria di opere sono stati quindi valutati i costi necessari per gli interventi relativi a ciascuna parte del Blocco Assistenza.

ULTERIORI CONSIDERAZIONI SU TEMPI-COSTI DI ESECUZIONE INTERVENTO

In merito alle valutazioni relative all'esecuzione dell'intervento descritto risulta essere tecnicamente, funzionalmente ed economicamente più vantaggioso prevedere l'adeguamento progettuale durante l'attuale fase di esecuzione dell'appalto. L'ipotesi di procrastinare gli interventi di adeguamento in una seconda fase, prevedrebbe la necessità di avviare un nuovo iter tecnico amministrativo, nuova istruttoria di gara con un conseguente incremento dei tempi dati dagli aspetti burocratici e dei costi, trattandosi di realizzazione di un intervento ex-novo.

Trattandosi inoltre di opere aggiuntive ma correlate, per geometrie e/o funzionalità con le esistenti, la spesa per l'esecuzione delle medesime opere a valle del completamento dei lavori del progetto originario, comporterebbe costi per almeno il 50% in più, dovuti a smantellamenti e rifacimenti delle opere già eseguite.

Risultano pertanto evidenti i numerosi vantaggi dati dall'eseguire durante il corso dell'attuale appalto l'adeguamento normativo:

- Tempi certi di realizzazione

- Contenimento dei costi di realizzazione dell'adeguamento
- Risparmio costi dovuti alla necessità bandire una nuova gara
- Risparmio dei tempi di gara (con relativi rischi di imprevisti ed eventuali ricorsi)
- Assenza di sospensione dell'esercizio totale e/o parziale della struttura per esecuzione adeguamenti;
- Prevenzione delle difficoltà relative al passaggio di cantiere con conseguente risparmio dei tempi
- Vantaggi associati alla continuità delle responsabilità sull'esecuzione dei lavori, che resterebbero univocamente in capo ad un solo operatore economico.

STRATEGIA DI INTERVENTO

Si specifica che con i fondi relativi al precedente Accordo di Programma (ADP 2000), i lavori in corso interessano tutte le Unità previste in progetto. Con riferimento al solo Blocco Assistenza, per 4 delle 6 Unità (U1-U2-U3-U6), i lavori saranno eseguiti solo parzialmente, "lasciando al grezzo" le relative strutture, mentre le altre due Unità (U4 e U5) saranno portate a compimento con adeguamento alle attuali norme.

Fase 1 dell'intervento

Nella prima fase, le Unità 4 e 5 saranno portate a compimento con adeguamento alle attuali norme. Tutte le restanti unità (U1, U2, U3, U6) al termine dell'appalto in corso resterebbero invece incomplete, ossia allo stato grezzo, e dovranno essere completate in una seconda fase di attuazione dell'intervento, mediante finanziamento aggiuntivo (ADP 2023).

Nella rappresentazione grafica riportata in Figura 27 viene appunto indicato che, relativamente al Blocco Assistenza, i lavori di cui all'appalto in corso, attraverso i fondi residui, interesseranno solo le Unità U4 ed U5, con disponibilità di 150 posti letto.

L' intervento di Fase 1 consentirebbe pertanto di mettere in funzione la parte dell'ospedale maggiormente connessa con i blocchi della "Didattica" e della "Ricerca", anche essi completati secondo ADP 2000.



Individuazione degli interventi della Fase 1: completamento funzionale con adeguamento delle sole Unità 4 e 5

ORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

AREE FUNZIONALI OMOGENEE

LOCALI TECNICI E IMPIANTI

Locali tecnici
Hangar impianti

AREE DEGENZE

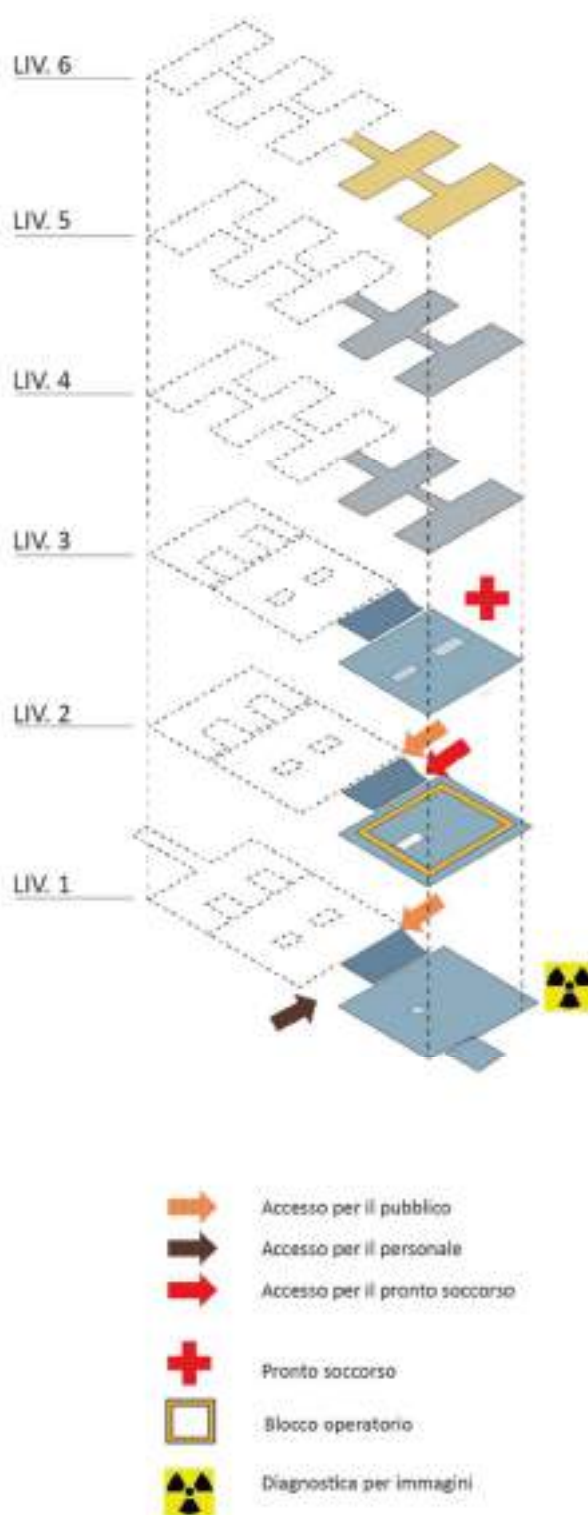
Camere di degenza: posti letto n° 150
Servizi comuni

SERVIZI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

Pronto soccorso
Amministrazione e dir. sanitaria
Psichiatria-dialisi
Rianimazione e terapia intensiva
Medicina nucleare / fisica sanitaria
Diagnostica per immagini
Blocco operatorio: 10 sale Liv.2
4 sale Liv.3

SERVIZI GENERALI

Atrio di ingresso a tripla altezza
Depositi/Magazzini



Fase 1: Aree Funzionali delle Unità 4 e 5, completate ed adeguate

Fase 2 dell'intervento

Nella seconda fase dell'intervento, la nuova proposta ADP ("ADP 2023") permetterebbe il completamento delle restanti Unità (U1-U2-U3-U6), consentendo la realizzazione di ulteriori 200 posti letto, portando a 350 il numero totale dei posti letto, in accordo con le attuali previsioni del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera. La rappresentazione grafica relativa ai lavori oggetto di ADP 2023 è riportata in Figura 27-bis.

La Figura 27-ter, infine, illustra il completamento dei lavori del blocco Assistenza al termine della Fase 1-2.



Individuazione degli interventi della Fase 2: completamento funzionale con adeguamento delle sole Unità 1,2,3, e 6



Individuazione degli interventi della Fase 1+2: completamento dell'intero blocco assistenza

Sommario delle Fasi

Le Fasi d'intervento e relativi Accordi di Programma (ADP) in corso (ADP 2000) o da proporre (ADP 2023) sono sintetizzati nella tabella di seguito:

Fasi d'Intervento ed Adeguamenti							
Unità	Progetto 2003 in corso di appalto (non adeguato alle attuali norme) ADP 2000		Fase 1 :Progetto in corso di appalto (senza ulteriore finanziamento) con adeguamento parziale alle nuove norme ADP 2000		Fase 2 : Progetto uniformato al Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera con adeguamento completo alle nuove norme attraverso il finanziamento aggiuntivo richiesto (completamento del Policlinico di Caserta) "ADP 2023"		ADP 2000 + "ADP 2023"
U1	Degenze/servizi	N° posti letto: 500	Al grezzo (stato attuale)	N° posti letto: 150	Degenze/servizi	N° posti letto: 230	N° posti letto totali: 380
U2	Degenze/servizi		Al grezzo (stato attuale)		Didattica (LIV 4) /Impianti (LIV 5)		
U3	Degenze/servizi		Al grezzo (stato attuale)		Degenze/servizi/ Didattica/Impianti		
U4	Degenze/servizi		Degenze/servizi		Degenze/servizi		
U5	Degenze/servizi		Degenze/servizi		Degenze/servizi		
U6	Ingresso Pronto Soccorso/medicin a nucleare		Al grezzo* (stato attuale)		Ingresso/triage		

(*) include Accesso Temporaneo al Pronto Soccorso

La Regione si impegna ad assumere i provvedimenti necessari a fornire l'inquadramento dell'intervento rispetto agli elementi tecnici delle lavorazioni entro la data della presentazione della richiesta di ammissione a finanziamento.

Considerazioni Finali

I costi stimati per tale intervento nei capitoli precedenti considerano che le attività saranno svolte con lo stesso appaltatore, attraverso una variante dell'attuale progetto, ovviamente nel rispetto dei limiti imposti dal codice degli appalti, la cui percorribilità amministrativa è attualmente in corso di verifica.

Nel caso si procedesse a realizzare le attività con un nuovo appaltatore, si può stimare un superiore importo complessivo dei lavori, a causa degli oneri aggiuntivi relativi al nuovo bando, alle spese di progettazione, all'alea sull'eventuale ribasso in fase di gara, etc. Anche le tempistiche di realizzazione risulterebbero impattate.

Solo a titolo esemplificativo vengono illustrate le tempistiche di realizzazione con appaltatore attuale ed in caso di nuova gara:

ATTIVITA'	TEMPISTICHE A (prosecuzione dei lavori con l'appaltatore attuale)	TEMPISTICHE B (bandire una nuova gara)
LAVORI DI COMPLETAMENTO DELL'APPALTO IN CORSO (DIDATTICA, RICERCA, SISTEMAZIONE ESTERNA E COMPLETAMENTO CON ADEGUAMENTO DELLE UNITA' 4 E 5 DELL'ASSISTENZA)	20 mesi*	-
PROGETTAZIONE DELLA VARIANTE PER L'ADEGUAMENTO DEL BLOCCO ASSISTENZA (comprensiva dei tempi del relativo affidamento)	8 mesi*	8 mesi
GARA PER L'AFFIDAMENTO DEI LAVORI DI COMPLETAMENTO CON ADEGUAMENTO DEL BLOCCO ASSISTENZA	-	Da 12 mesi a 24 mesi (variabilità associata ai rischi per imprevisti ed eventuali ricorsi)**
ESECUZIONE DEI LAVORI DI COMPLETAMENTO CON ADEGUAMENTO DEL BLOCCO ASSISTENZA	18 mesi	18 mesi***
TOTALE	20+18= 38 mesi	8+12/24+18 = da 38 a 50 mesi

* la progettazione della variante per l'adeguamento del blocco Assistenza sarà eseguita contestualmente all'esecuzione dei lavori di completamento dell'appalto in corso, in modo da non determinare sospensioni e/o ritardi nelle attività lavorative

** una volta completata la progettazione di adeguamento dell'Assistenza, le procedure di gara per l'affidamento dei relativi lavori possono essere svolte durante i lavori di completamento dell'appalto in corso

*** l'avvio dei lavori di completamento con adeguamento del blocco assistenza da parte di un nuovo operatore economico potrà avvenire solo dopo la chiusura dei lavori in corso con l'attuale appaltatore

Dall'analisi del CRONOPROGRAMMA delle attività lavorative e di quelle tecnico-amministrative di progettazione e di gara, emerge chiaramente che l'ipotesi di affidamento dei lavori di completamento con adeguamento del blocco Assistenza ad un nuovo operatore economico comporta un incremento dei tempi di completamento del Policlinico, a causa della sospensione dei lavori che si avrebbe ed un aumento dei costi.

Costi parametrici

Per quanto riguarda i costi parametrici, si rappresenta che risultano di importo inferiore alla media, in quanto concernono interventi per adeguamenti normativi da eseguire su strutture già realizzate con il finanziamento ex art. 20 L. 67/88 - Accordo di Programma Fase II.

Di seguito una tabella che riporta il dettaglio per reparto e/o area oggetto dell'intervento, con la suddivisione dei costi per tipologia di lavorazione (edilizia, strutture, impianti meccanici ed elettrici)

Allegato 1

NUOVO POLICLINICO DI CASERTA - ATTIVITA' INERENTI AL SOLO BLOCCO "ASSISTENZA"												
1	Costi aggiuntivi all'importo di progetto, per <u>completamento lavori</u>											
indice	REPARTO (tutti i livelli)	m ² complessivi	EDILE		STRUTTURE		MECCANICI		ELETTRICI SPECIALI	E	totale prezzo unitario	TOTALE
			unitario €/m ²	importo	unitario €/m ²	importo	unitario €/m ²	importo	unitario €/m ²	importo		
1	BLOCCO ASSISTENZA - OPERE A COMPLETAMENTO STANDARD											
a	locali tecnici	m ² 658,00	€ 185,72	€ 122.206,57	€ 67,96	€ 44.715,71	€ 51,92	€ 34.163,36	€ 41,23	€ 27.129,34	€ 346,83	€ 228.215,00
b	blocco uffici	m ² 700,00	€ 119,65	€ 83.753,56	€ 67,96	€ 47.569,90	€ 155,77	€ 109.039,00	€ 117,80	€ 82.460,00	€ 461,17	€ 322.822,00
c	cucina, lavaggio, deposito, celle, preparazione	m ² 840,00	€ 288,41	€ 242.260,79	€ 67,96	€ 57.083,88	€ 155,77	€ 130.846,80	€ 117,80	€ 98.952,00	€ 629,93	€ 529.143,00
a	logistica, autoclave lavaggio letti...	m ² 410,00	€ 185,72	€ 76.146,95	€ 67,96	€ 27.862,37	€ 51,92	€ 21.287,20	€ 41,23	€ 16.904,30	€ 346,83	€ 142.201,00
d	area mortuaria medicina legale anatomia patologica	m ² 310,00	€ 513,34	€ 159.135,40	€ 63,71	€ 19.749,17	€ 267,30	€ 82.863,00	€ 422,40	€ 130.944,00	€ 1.266,75	€ 392.692,00
d	cappella	m ² 361,00	€ 513,34	€ 185.315,74	€ 63,71	€ 22.998,23	€ 267,30	€ 96.495,30	€ 422,40	€ 152.486,40	€ 1.266,75	€ 457.296,00
e	connettivi orizzontali	m ² 19.204,54	€ 285,75	€ 5.487.630,83	€ 67,96	€ 1.305.082,92	€ 129,81	€ 2.492.941,34	€ 106,02	€ 2.036.065,33	€ 589,53	€ 11.321.720,00
e	connettivi ingresso	m ² 1.050,00	€ 285,75	€ 300.033,87	€ 67,96	€ 71.354,85	€ 129,81	€ 136.300,50	€ 106,02	€ 111.321,00	€ 589,53	€ 619.010,00
e	connettivi verticali	m ² 2.734,00	€ 285,75	€ 781.231,04	€ 67,96	€ 185.794,44	€ 129,81	€ 354.900,54	€ 106,02	€ 289.858,68	€ 589,53	€ 1.611.785,00
d	diagnostica per immagini	m ² 990,00	€ 513,34	€ 508.206,60	€ 63,71	€ 63.069,93	€ 267,30	€ 264.627,00	€ 422,40	€ 418.176,00	€ 1.266,75	€ 1.254.080,00
f	preparazione attesa pazienti barellati camera calda e attesa fredda	m ² 330,00	€ 418,00	€ 137.941,10	€ 67,96	€ 22.425,81	€ 259,62	€ 85.674,60	€ 235,61	€ 77.751,30	€ 981,19	€ 323.793,00

g	degenze	m² 4.692,92	€ 235,97	€ 1.107.368,18	€ 21,24	€ 99.663,54	€ 243,00	€ 1.140.379,56	€ 134,40	€ 630.728,45	€ 634,60	€ 2.978.140,00
d	servizi igienici degenze	m² 496,92	€ 513,34	€ 255.088,91	€ 63,71	€ 31.657,28	€ 267,30	€ 132.826,72	€ 422,40	€ 209.899,01	€ 1.266,75	€ 629.472,00
h	terapia medicina nucleare	m² 100,00	€ 372,62	€ 37.262,11	€ 21,24	€ 2.123,70	€ 267,30	€ 26.730,00	€ 189,00	€ 18.900,00	€ 850,16	€ 85.016,00
a	depositi	m² 4.122,68	€ 185,72	€ 765.681,76	€ 67,96	€ 280.164,96	€ 51,92	€ 214.049,55	€ 41,23	€ 169.978,10	€ 346,83	€ 1.429.874,00
b	didattica	m² 413,18	€ 119,65	€ 49.436,14	€ 67,96	€ 28.078,47	€ 155,77	€ 64.361,05	€ 117,80	€ 48.672,60	€ 461,17	€ 190.548,00
d	laboratori	m² 1.452,43	€ 513,34	€ 745.590,42	€ 63,71	€ 92.529,96	€ 267,30	€ 388.234,54	€ 422,40	€ 613.506,43	€ 1.266,75	€ 1.839.861,00
c	servizi/spogliatoi	m² 2.894,88	€ 288,41	€ 834.899,91	€ 67,96	€ 196.727,36	€ 155,77	€ 450.935,46	€ 117,80	€ 341.016,86	€ 629,93	€ 1.823.580,00
c	soggiorni	m² 1.285,36	€ 288,41	€ 370.705,16	€ 67,96	€ 87.349,21	€ 155,77	€ 200.220,53	€ 117,80	€ 151.415,41	€ 629,93	€ 809.690,00
b	studi medici e servizi annessi	m² 3.036,74	€ 119,65	€ 363.339,71	€ 67,96	€ 206.367,74	€ 155,77	€ 473.032,99	€ 117,80	€ 357.727,97	€ 461,17	€ 1.400.468,00
d	ambulatori	m² 1.422,11	€ 513,34	€ 730.025,95	€ 63,71	€ 90.598,36	€ 267,30	€ 380.130,00	€ 422,40	€ 600.699,26	€ 1.266,75	€ 1.801.454,00
a	smaltimento sostanze pericolose radioattive	m² 50,00	€ 185,72	€ 9.286,21	€ 67,96	€ 3.397,85	€ 51,92	€ 2.596,00	€ 41,23	€ 2.061,50	€ 346,83	€ 17.342,00
c	commerciale	m² 195,00	€ 288,41	€ 56.239,11	€ 67,96	€ 13.251,62	€ 155,77	€ 30.375,15	€ 117,80	€ 22.971,00	€ 629,93	€ 122.837,00
h	Sale operatorie	m² 1.839,00	€ 372,62	€ 685.250,20	€ 21,24	€ 39.054,84	€ 267,30	€ 491.564,70	€ 189,00	€ 347.571,00	€ 850,16	€ 1.563.441,00
d	palestra	m² 321,00	€ 513,34	€ 164.782,14	€ 63,71	€ 20.449,95	€ 267,30	€ 85.803,30	€ 422,40	€ 135.590,40	€ 1.266,75	€ 406.626,00
i	Copertura	m² 18.000,00	€ 67,53	€ 1.215.616,96	€ 8,50	€ 152.946,00	€ 17,01	€ 306.180,00	€ 12,00	€ 216.000,00	€ 105,04	€ 1.890.743,00
	1 -sommano per completamenti standard	m² 67.909,76		€ 15.474.435,32		€ 3.212.068,05		€ 8.196.558,19		€ 7.308.786,34		
2	BLOCCO ASSISTENZA - OPERE A COMPLETAMENTO SPECIFICHE											
o	Completamento prospetti - (superficie effettiva)	m² 20.000,00	€ 205,15	€ 4.102.916,88	€ 20,00	€ 400.000,00	€ 4,05	€ 81.000,00	€ 7,36	€ 147.200,00	€ 236,56	€ 4.731.116,88
l	Centrale termica unica (quota ospedale)	W 7.000.000	€ 0,05	€ 375.988,90	€ 0,07	€ 490.000,00	€ 0,23	€ 1.575.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,35	€ 2.440.988,90
m	Cogenerazione (quota ospedale)	W 2.000.000	€ 0,06	€ 110.395,56	€ 0,06	€ 120.000,00	€ 0,42	€ 847.000,00	€ 0,10	€ 200.000,00	€ 0,64	€ 1.277.395,56

n	Distribuzione primaria meccanica	W 7.000.000	€ 0,02	€ 150.395,56	€ 0,02	€ 140.000,00	€ 0,07	€ 502.250,00	€ 0,02	€ 140.000,00	€ 0,13	€ 932.645,56
p	Fotovoltaico 2,5 Mw	kW 2.500	€ 45,64	€ 114.087,70	€ 50,00	€ 125.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 319,05	€ 797.625,00	€ 414,69	€ 1.036.712,70
	2 -sommano per completamenti specifici			€ 4.853.784,60		€ 1.275.000,00		€ 3.005.250,00		€ 1.284.825,00		€ 10.418.859,60
	TOTALE GENERALE OLTRE LA VARIANTE			€ 20.328.219,92		€ 4.487.068,05		€ 11.201.808,19		€ 8.593.611,34		€ 44.611.000,00
	Ribasso d'asta										-18,819%	-€ 8.395.344,09
	Sommano per differenza oltre alla variante al netto del ribasso comprensivi degli oneri di sicurezza											€ 36.215.655,91
	IVA 10%										10,00%	€ 3.621.565,59
	TOTALE DA FINANZIARE											€ 39.837.221,50

Note:	progettazione esecutiva e attività connesse	5,00%	su € 44.611.000,00	€ 2.230.550,00
	sommano			€ 42.067.771,50
	sommano arrotondati			€ 42.067.800,00

Si rappresenta, in chiusura, che per l'acquisto delle attrezzature è già stato programmato l'importo di 25 milioni di euro, di cui € 23.750.000,00 a carico dello Stato ed € 1.250.000,00 a carico della regione Campania, previsto nella scheda intervento n. 51 di cui Accordo di programma di edilizia sanitaria ex art. 20 della L. 67/88 sottoscritto in data 23.08.2019 (III Fase – Completamento).

B03.2.2 – REALIZZAZIONE DEL NUOVO POLO OSPEDALIERO PEDIATRICO “NUOVO SANTOBONO”

Descrizione della struttura esistente

L'AORN Santobono-Pausilipon, unica Azienda Ospedaliera pediatrica del Sud Italia, dotata di oltre 400 posti letto e articolata in 6 dipartimenti e 22 differenti discipline, con 1.400 dipendenti, costituisce uno dei principali poli nazionali di riferimento nell'assistenza, diagnosi e cura in ambito pediatrico sia nel settore dell'emergenza-urgenza che dell'alta complessità e delle cronicità; con particolare riferimento alle patologie che richiedono elevata specializzazione e forte investimento tecnologico. A fronte dell'importanza e della complessità del ruolo svolto, l'AORN Santobono Pausilipon si trova da anni in situazione di grave criticità organizzativa, quasi interamente riferibile alle problematiche correlate all'assetto strutturale e della logistica:

- carenza grave di spazi per le attività assistenziali e di supporto, che rendono difficile il mantenimento di adeguati livelli di assistenza e limitano la possibilità di introduzione di nuove tecnologie, terapie avanzate e nuovi specifici percorsi assistenziali, tanto a fronte delle mutate esigenze derivanti dalla tipologia della domanda, dagli aspetti normativi, di sicurezza e di umanizzazione delle cure;
- le attività sono disperse tra due presidi ospedalieri ed una sede amministrativa, con in più attività residuali ancora presenti al Presidio Annunziata. I presidi sono lontani tra loro, situati in aree altamente congestionate avendo, fra l'altro, al proprio interno, raggiunto da tempo i limiti edificatori imposti dalle vigenti normative edilizie comunali che rendono estremamente difficoltosi gli adeguamenti normativi, sia strutturali che impiantistici, impedendone di fatto l'incremento dei servizi sanitari alla popolazione;
- in termini gestionali e di utilizzo delle risorse umane e finanziarie le attività così strutturate presentano gravi diseconomie, dovendosi prevedere duplicazione di servizi sia sanitari che di supporto e logistica, con particolare riferimento alla sicurezza ed integrazione delle cure prestate presso il P.O. Pausilipon, che svolgendo attività oncologica pediatrica, richiede la massima integrazione con altre specialità, attualmente presenti nel distante P.O. Santobono;
- ai fini dell'assetto della complessiva rete regionale di offerta pediatrica, l'attuale configurazione non consente la piena integrazione, anche strutturale, con altre attività specialistiche pediatriche presenti nei Policlinici e in altre Aziende Ospedaliere;
- le attività di riabilitazione intensiva e di neuroriabilitazione non sono realizzabili nella misura prevista dalla programmazione regionale, in quanto richiedenti ampi e specifici spazi per ospitare le attività di degenza, le procedure fisico-riabilitative e la riabilitazione robotica;
- nell'attuale assetto non sono opportunamente garantibili tutti i percorsi di umanizzazione delle cure, che costituiscono il marchio specifico di una evoluta assistenza pediatrica, e che prevedono spazi per il gioco, la scuola, l'accoglienza dei genitori ed ambienti di cura, ampi, moderni e confortevoli;

Localizzazione dell'intervento e descrizione dei luoghi con indicazione dei dati catastali:

L'area su cui verrà edificato il Nuovo Ospedale Santobono si trova al limite est del Comune di Napoli, nel quartiere Ponticelli, al confine con il Comune di Cercola.



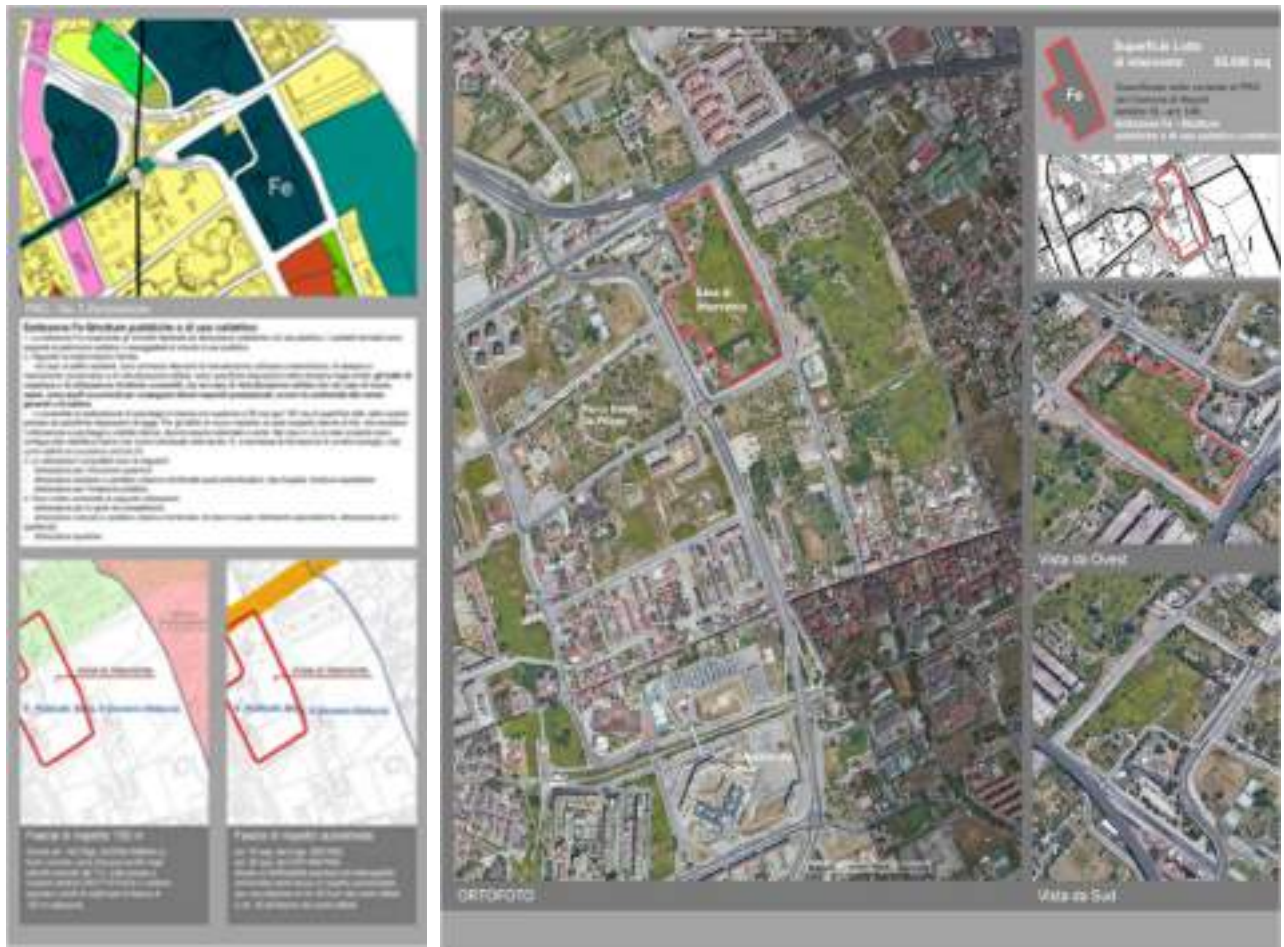
In particolare, il lotto, di estensione pari a circa 8,5 ettari, è delimitato a Ovest da un'ampia zona agricola di orti e serre all'interno della quale si sviluppa anche il Parco urbano di Ponticelli, a Nord dal quartiere di edilizia popolare Conocal, a Sud dalla città storica compatta e lineare sviluppata lungo l'asse storico di Corso Ricciardi e a Est per la maggior parte dalla città di recente formazione di Cercola e dalla città agricola.

La realizzazione del Polo Pediatrico Ospedaliero "*Nuovo Santobono*", come opera trainante nel lotto individuato, configura un'occasione non soltanto di valenza sanitaria ma anche di riqualificazione urbana per la Città metropolitana di Napoli.

In questa ottica di riqualificazione urbana la realizzazione dell'opera potrà prevedere, in parte, nelle aree a margine del lotto, la fruizione dalla cittadinanza dei servizi di urbanizzazione primaria e di eventuali aree destinate a parcheggi e a verde di quartiere.

L'intervento edilizio dal punto di vista urbanistico vuole tendere alla massima fruizione pubblica che sarà ottenuta attraverso la realizzazione di più accessi che consentano ai cittadini di "entrare dentro" al complesso e non di "girarci attorno" mettendo in atto una soluzione di progettazione sostenibile che porti alla creazione di una sorta di "Urban Center" quale ambiente accessibile ai cittadini, coinvolti nelle trasformazioni urbanistiche in essere. Dunque, prevedendo prevalentemente nel grande anello centrale destinato all'accoglienza e ai servizi, la realizzazione di strutture e spazi, che siano di integrazione e allo stesso tempo di completamento delle esigenze di funzioni sociali e di quartiere oggi sottodimensionate o assenti.

L'area è classificata dal PRG di Napoli (Variante generale al PRG -DPGR della Campania n° 323/11 giugno 2004), come zona F, sottozona "Fe" – *Strutture pubbliche o di uso collettivo*- che comprende gli immobili destinati ad attrezzature pubbliche o di uso pubblico. I predetti immobili sono acquisiti al patrimonio pubblico o assoggettati al vincolo di uso pubblico.



In relazione alle attività espropriative, i suoli sono censiti al NCT foglio 118 particelle 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 506, 507 e foglio 119 particelle 6, 7, 8, 158, 356, alla Sezione Urbana PON, foglio 11, particella 4, sub 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e foglio 12 particella 449 sub. 1.

Conformità urbanistica.

L'area presenta una destinazione urbanistica coerente con la realizzazione del nuovo ospedale, tale da non rendere necessaria la variazione dello strumento urbanistico comunale; in particolare, è classificata dal PRG di Napoli (Variante generale al PRG approvato con DPGR della Campania n. 323/11 giugno 2004) in zona F, sottozona Fe - Strutture pubbliche o di uso collettivo, che comprende gli immobili destinati ad attrezzature pubbliche o di uso pubblico.

Le utilizzazioni compatibili sono le seguenti:

- attrezzature per l'istruzione superiore;
- attrezzature sanitarie a carattere urbano e territoriale quali poliambulatori, day-hospital, strutture ospedaliere;
- attrezzature per trasporto pubblico.

Sono inoltre consentite le seguenti utilizzazioni:

- attrezzature per lo sport da competizione;
- attrezzature culturali a carattere urbano e territoriale: strutture museali, biblioteca specialistiche,
- attrezzature per lo spettacolo; attrezzature sportive.

Si evidenzia che è stata riportata la sola analisi urbanistica in quanto attualmente la Regione non è in possesso di un progetto, ma solo di un documento di indirizzo alla progettazione che contiene gli elementi principali dell'opera. La gara per l'affidamento del servizio di progettazione è già stata espletata. Si evidenzia, inoltre, che la progettazione è finanziata con risorse ex programmazione FSC 2021/2027.

Disponibilità dei suoli su cui realizzare gli interventi.

I suoli sono da acquisire dagli attuali due proprietari. Uno di questi è il Comune di Napoli che, con la sottoscrizione di apposito Accordo di Programma ai sensi art. 34 D.Lgs 267/2000, si è già impegnato a rendere disponibile l'area per la realizzazione dell'intervento. L'altro proprietario ha comunicato la propria disponibilità alla cessione volontaria ai prezzi di mercato. In ogni caso la Regione, in via cautelare, ha già provveduto ad avviare la procedura espropriativa ai sensi del DPR 327/2001 e s.m.i.

Tuttavia, si segnala che con nota prot. 2022.193168 del 08.04.2022 è stato notificato l'avviso di avvio del procedimento finalizzato all'apposizione del vincolo preordinato all'esproprio alla società proprietaria della gran parte dell'area interessata dall'intervento - ai sensi degli artt. 7 e 8 della L. 241/90 e 10 e 11 del DPR 327/2001 e ss.mm.ii.

A seguito dell'invio dell'avviso di avvio del procedimento finalizzato all'apposizione del vincolo preordinato all'esproprio alla menzionata società, la stessa non ha presentato osservazioni entro il termine di 30 giorni del 08.05.2022.

Accessibilità del sito presente e futura

Le strade che contornano l'area sono via Argine, via Luca Pacioli, via Cupa Lettieri e via Virginia Woolf.

La stessa, inoltre, è in prossimità di tre stazioni EAV:

1. a sud la stazione Vesuvio de Meis a ca. 900 m. dal bordo dell'area di intervento (oggi principale stazione di trasporto pubblico per l'Ospedale del mare);
2. a est la stazione di Cercola a ca. 400 m. dal bordo dell'area di intervento e sull'altra linea;
3. a nord-ovest la stazione di Argine Palasport a ca. 600 m. dal bordo dell'area di intervento.

Il sistema dei trasporti verso il complesso del nuovo Santobono si inserisce nell'ambito della progettualità in corso per migliorare l'accesso verso l'Ospedale del mare.

La nuova zona ospedaliera (Ospedale del Mare/Nuovo Santobono) è servita dalla linea vesuviana che da Napoli Garibaldi raggiunge le stazioni di Vesuvio de Meis (stazione di interscambio tra le linee Ottaviano-Sarno e S. Giorgio-Volla), via Argine e Cercola (stazione appena ristrutturata).

Nel piano di investimenti di EAV è previsto un collegamento protetto pedonale con tapis roulant che collega la stazione EAV di Vesuvio de Meis all'Ospedale del Mare (distanza circa 550 metri).

In virtù del mutato assetto di sviluppo urbanistico, dovuto alla scelta di realizzare il nuovo polo ospedaliero pediatrico in un'area adiacente all'Ospedale del Mare, EAV sta lavorando per garantire

un efficiente ed efficace servizio di TPL su ferro e su gomma a servizio del nuovo polo ospedaliero di futura espansione.

Con la nuova realizzazione del polo pediatrico, è necessario rivedere l'intervento inizialmente proposto del tapis roulant tra Vesuvio De Meis e Ospedale del Mare; quindi, a parità di importo proposto (10 € Mln), sono in corso valutazioni tecniche per verificare la possibilità di realizzare una nuova fermata sulla linea EAV Napoli-Sarno tra le Stazioni di Vesuvio de Meis e Cercola (Fermata "Polo Ospedaliero") in prossimità dell'ingresso dell'Ospedale del Mare, con attivazione, contestualmente, di una navetta bus dedicata tra la nuova fermata ed il Nuovo polo pediatrico con frequenza di 15 min e tempi di percorrenza di 3 min con la possibilità di impiegare mezzi elettrici ad emissioni zero.

Tale ipotesi garantirebbe l'accesso diretto all'Ospedale del Mare e l'interscambio ferro-gomma consentirebbe di arrivare in pochi minuti al nuovo polo pediatrico che disterebbe circa 1 km dalla nuova fermata.



09	Chirurgia Generale	-	-
10	Chirurgia Maxillo Facciale	-	-
11	Chirurgia Pediatrica	44	1
12	Chirurgia Plastica	-	-
13	Chirurgia Toracica	-	-
14	Chirurgia Vascolare	-	-
18	Ematologia	-	-
19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	7	-
20	Immunologia e centro trapianti	-	-
21	Geriatría	-	-
24	Malattie Infettive e Tropicali	-	-
25	Medicina del Lavoro	-	-
26	Medicina Generale	-	-
27	Medicina legale	-	-
29	Nefrologia	-	-
30	Neurochirurgia	-	-
32	Neurologia	12	1
33	Neuropsichiatria Infantile	15	-
34	Oculistica	8	-
35	Odontoiatria e Stomatologia	2	-
36	Ortopedia e Traumatologia	30	1
37	Ostetricia e Ginecologia	-	-
38	Otorinolaringoiatria	10	1
39	Pediatria	120	3
40	Psichiatria	-	-
42	Tossicologia	-	-
43	Urologia	-	-
47	Grandi Ustionati	-	-
48	Nefrologia (Abilitato al Trapianto Rene)	-	-
49	Terapia Intensiva	16	2
50	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	-	-
51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	-	-
52	Dermatologia	-	-
54	Emodialisi	-	-
55	Farmacologia clinica	-	-
57	Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostet	-	-
58	Gastroenterologia	-	-
61	Medicina Nucleare (con posti letto)	-	-
62	Neonatologia	24	-
64	Oncologia (con posti letto)	19	1
65	Oncoematologia Pediatrica	19	1
66	Oncoematologia	-	-
68	Pneumologia	12	1
69	Radiologia	-	-
70	Radioterapia	-	-
71	Reumatologia	-	-
73	Terapia Intensiva Neonatale	14	1
76	Neurochirurgia Pediatrica	12	1
77	Nefrologia Pediatrica	16	1
78	Urologia Pediatrica	12	1
97	Detenuti	-	-
98	Day surgery	-	-
99	Terapia del dolore (con posti letto)	-	-
Discipline senza Posti Letto			
S10	Centrale Operativa 118		-
S11	centro obesità infantile e pa. Endocrine correlate		-
S12	centro screening		-
S13	chirurgia ambulatoriale day service		-
S14	Citofluorometria e manipolazione cellulare		-
S15	Diabetologia e malattie metaboliche		-
S16	Dialisi		-
S17	Diagnostica ematologica		-
S18	Dietetica/Dietologia		-
S19	Direzione Sanitaria di presidio		2
S2	Analisi e monitoraggio attività sanitaria e LEA		-
S20	Ecografia		-
S21	Elettrostimolazione		-

Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	PL	UOC
S			-
S23	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)		-
S24	Endoscopia digestiva		-
S25	Epidemiologia Val. e Registro tumori infantili		-
S26	Farmacia ospedaliera		1
S27	farmacovigilanza		-
S28	Fisica sanitaria		-
S29	FKT - percorsi fisico-riabilitativi		-
S3	Anatomia e Istologia patologica		1
S30	Gastroenterologia		-
S31	Genetica medica		-
S32	Gestione clinica del farmaco		-
S33	Gestione del rischio clinico		-
S34	Igiene sanitaria		-
S35	Immunologia		-
S36	Immunologia e centro trapianti		-
S37	Laboratorio di analisi		1
S38	Laboratorio Genetica		-
S39	Medicina del Lavoro		-
S4	Anestesia e Rianimazione		-
S40	Medicina legale		-
S41	Medicina Nucleare (senza posti letto)		-
S42	medicina nucleare senza posti letto		-
S43	Medicina preventiva del lavoro e radioprotezione		-
S44	medicina sportiva		-
S45	Microbiologia e virologia		-
S46	Neurofisiopatologia		-
S47	Neurologia		-
S48	Neuropsichiatria Infantile		-
S49	Neuroradiologia		1
S50	Nutrizione Clinica		-
S51	Oncologia senza pl		-
S52	Organizzazione dei servizi ospedalieri		-
S53	Osservazione Breve intensiva		1
S54	Patologia chimica-Microbiologia		-
S55	Patologia Clinica		-
S56	Pneumologia		-
S57	Programmazione sanitaria		1
S58	pronto soccorso e obi		-
S59	pronto soccorso infett ed accettazione		-
S6	BASCO		-
S60	Psicologia clinica		-
S61	Radiodiagnostica		-
S63	Radioterapia Oncologica		-
S64	rischio clinico		-
S65	Sala operatoria		-
S66	Servizio 118		-
S67	Servizio di cardiologia		-
S68	servizio pneumologia		-
S69	Servizio professioni sanitarie e infermieristiche		-
S7	Biochimica Clinica		-
S70	Servizio trasfusionale		1
S71	sicurezza delle cure e controllo qualità		-
S72	Terapia del dolore (senza posti letto)		-
S73	Tossicologia		-
S74	trauma center		-
S75	Radiologia senza pl		1
S76	Allergologia senza pl		-
S8	biologia molecolare		-
S9	C.O.R.E.C.O.T.		-

TOTALE OFFERTA PER ACUTI		396	26
28	Unità spinale	-	-
56	Recupero e riabilitazione funzionale	33	-
60	Lungodegenti	-	-
75	Neuro-riabilitazione	8	1
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		41	1
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		437	27

Costo dell'intervento

QUADRO ECONOMICO			
LAVORI DI REALIZZAZIONE DEL POLO OSPEDALIERO PEDIATRICO "NUOVO SANTOBONO" DI NAPOLI 480 p.l.			
Voce	Descrizione	%	Importo
A	IMPORTO LAVORI E PROGETTAZIONE ESECUTIVA APPALTO INTEGRATO		
A.1	Importo progettazione esecutiva		3.576.411,86 €
A.1	Importo lavori		201.874.991,59 €
A.1	Oneri della sicurezza, non soggetti a ribasso d'asta	3%	6.056.249,75 €
	TOTALE A		211.507.653,20 €
B	SOMME A DISPOSIZIONE		
B.1	Collegio consultivo tecnico		854.687,48 €
B.2	Imprevisti	5%	10.575.382,66 €
B.3	Clausola di revisione di prezzi	2%	4.158.624,83 €
B.4	Espropri e acquisizione aree (valore OMI)		7.006.125,00 €
B.5	Allacciamenti ai pubblici servizi (Energia elettrica, Rete telefonica/dati, Rete idrica, Rete fognaria, Rete gas)		500.000,00 €
B.6	Ulteriori accertamenti di competenza della stazione appaltante		150.000,00 €
B.7	Incentivi art. 113, comma 3, D.Lgs 50/2016 (80% del 2%)		3.384.122,45 €
B.8	Acquisizione attrezzature sanitarie		38.400.000,00 €
	TOTALE B		65.028.942,42 €
C	I.V.A. E ULTERIORI ONERI		
C.1	Contributo ANAC		800,00 €
C.2	Pareri, autorizzazioni (pratica Genio Civile e parere VVFF)		5.000,00 €
C.3	I.V.A. sui lavori, imprevisti e revisione prezzi (10%)		22.266.524,88 €
C.4	Oneri previdenziali su servizi tecnici in appalto		143.056,47 €
C.5	I.V.A. su servizi tecnici in appalto (22%)		818.283,03 €
C.6	Oneri previdenziali su collegio consultivo tecnico		34.187,50 €
C.7	I.V.A. su collegio consultivo tecnico (22%)		195.552,50 €
	TOTALE C		23.463.404,38 €
	TOTALE QUADRO ECONOMICO		300.000.000,00 €

Si evidenzia, con riferimento alle attrezzature, che nel QE si è indicato l'importo di 38,4 milioni di euro. In ogni caso, trattandosi di un ospedale in sostituzione di un presidio attualmente funzionante, si cercherà di utilizzare una parte delle attrezzature già in dotazione dell'A.O.

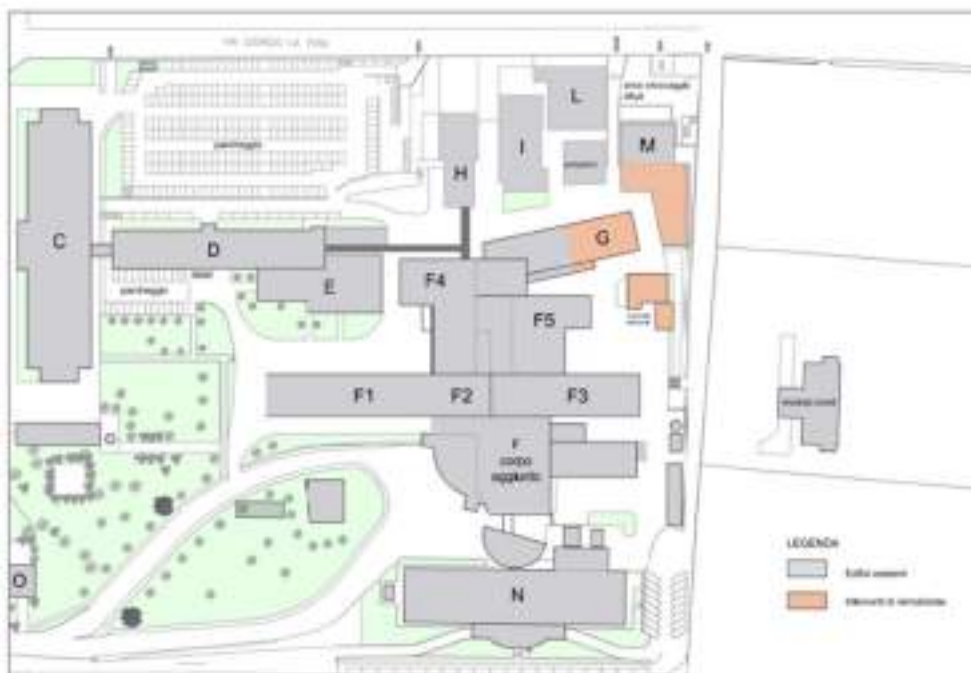
Il costo parametrico è in linea con l'attuale andamento del mercato delle costruzioni. Attualmente il dato fornito rappresenta una stima del valore dell'intervento che potrà essere consolidato (in aumento o diminuzione) solo all'esito della PFTE. Si evidenzia che la gara per la progettazione è stata aggiudicata.

Destinazione d'uso del vecchio ospedale.

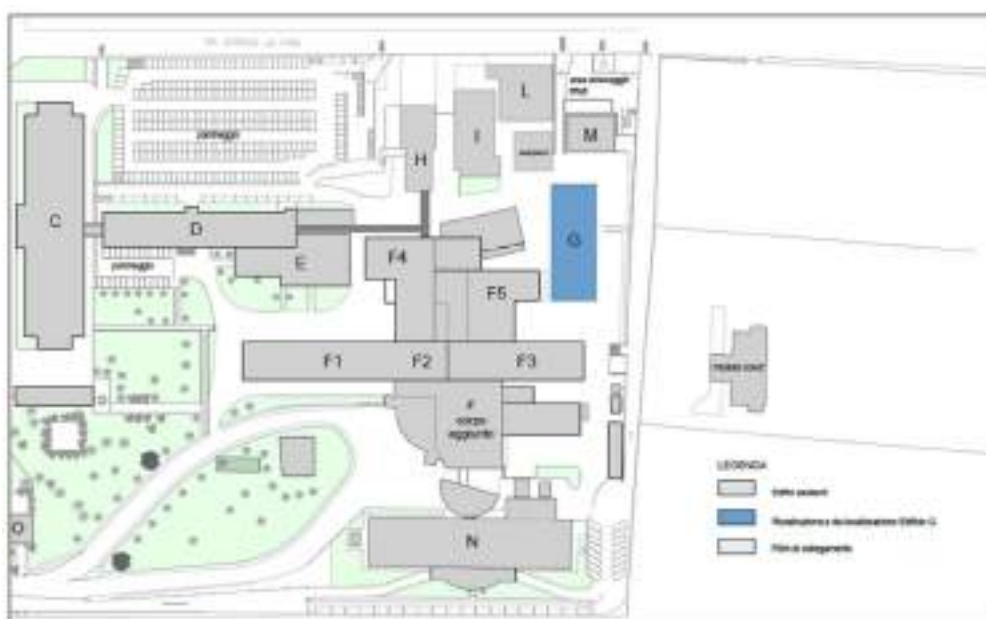
L'attuale Azienda Ospedaliera ha la sede amministrativa nel quartiere Chiaia di Napoli e svolge attività sanitaria in due ospedali, rispettivamente, nei quartieri Vomero e Posillipo. Le sedi di Chiaia e Posillipo saranno dismesse, mentre la sede del Vomero sarà trasferita all'ASL Napoli 1 centro, conservando la destinazione sanitaria, nel rispetto della programmazione ex DCA 103/2018.

B03.2.3 - LAVORI DI DEMOLIZIONE E RICOSTRUZIONE DELL'EDIFICIO "G"- AORN SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO

L'intervento prevede la demolizione dell'attuale edificio "G", localizzato all'interno del Complesso Ospedaliero Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, e la ricostruzione di un nuovo edificio, ad uso sanitario.



Stato di fatto

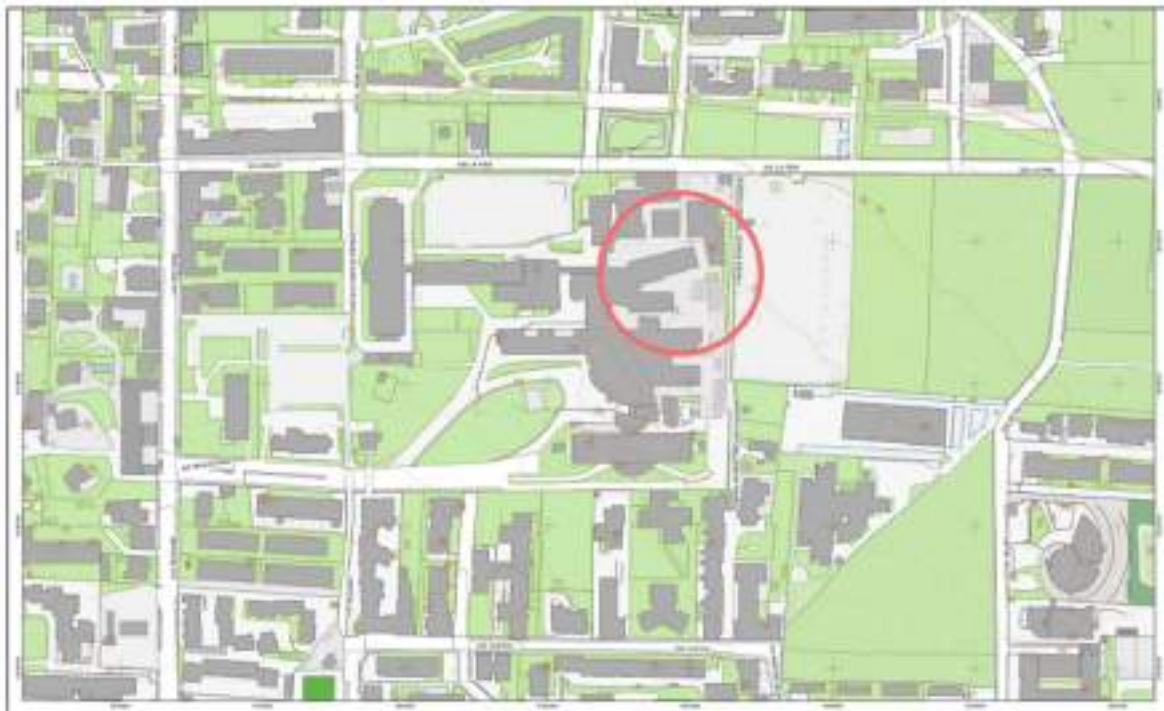


Stato di progetto

L'A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano è ubicata nel Comune di Caserta, all'interno di un'area destinata esclusivamente ad uso ospedaliero, che occupa una superficie lorda di circa 76.000 mq. Attualmente è composta da n. 15 edifici, denominati in ordine alfabetico e ognuno con la propria destinazione funzionale, come di seguito riportato:

- Edificio A - Uffici amministrativi
- Edificio B - Ambulatori/scuola Infermieri/uffici amministrativi
- Edificio C - Dipartimento di cardiocirurgia

- Edificio D - Dipartimento di medicina
- Edificio E - Nefrologia e dialisi/servizio manutenzione
- Edificio F (diviso in blocchi F1, F2, F3, F4, F5 e Corpo Aggiunto) - Dipartimento di chirurgia e servizi sanitari
- Edificio G - Malattie infettive
- Edificio H - Anatomia patologica/SPDC/Maxillo Facciale
- Edificio I - TAC
- Edificio L - Camera Iperbarica
- Edificio M - Magazzino
- Edificio N - Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)
- Edificio O - Uffici Amministrativi
- Modulo Covid - Modulo di terapia sub-intensiva per malati Covid
- Autoparco – Parcheggio coperto per autoambulanze.



Descrizione della struttura esistente e localizzazione

L'attuale edificio "G" è stato costruito alla fine degli anni '60 è destinato prevalentemente alla cura delle malattie infettive e tropicali, è un volume composto da 5 piani fuori terra per una superficie complessiva pari a 3.395 mq, come da schema sotto riportato:

Edificio	Piano	reparto	mq
G	Interrato	-	700
	Terra	Morgue	390
		Ambulatorio	390
	Primo	Ambulatorio	390
		Laboratorio analisi	390
	Secondo	Degenze	780
	Terzo	Uffici	235
	Quarto	Locali tecnici	120

totale 3.395

L'edificio è di pianta rettangolare, è composto da due volumi di fabbrica giuntati sismicamente e risulta accessibile esternamente tramite un ingresso principale collegato al vano scala, ed internamente attraverso un percorso di collegamento diretto con l'edificio "F".

L'attuale edificio "G" è posto in un'area di proprietà dell'AORN di Caserta, i cui riferimenti catastali sono: N.C.E.U., Foglio 27, Particella 5401 sub 2, come da successivo grafico



Stralcio mappa catastale Comune di Caserta – Foglio 27

Analisi urbanistica

Il plesso Ospedaliero S. Anna e S. Sebastiano di Caserta è individuato, dal P.R.G. del Comune di Caserta, come Z.T.O. "F7 - Zona Ospedaliera". Tale area, disciplinata dalle norme di attuazione, è definita come "Territorio destinato ad attrezzature ospedaliere e sanitarie, con un indice di piantumazione minimo, pari a 150 alb/ha".



Stralcio zonizzazione acustica—Fonte Comune di Caserta

Accessibilità del Sito

Il nuovo edificio “G”, come l’attuale, è posto all’interno del Complesso Ospedaliero di Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta. La posizione del nuovo edificio è stata immaginata per facilitare i collegamenti sia interni che esterni, ivi inclusi i collegamenti con gli edifici che l’AORN sta realizzando attraverso l’uso di altre tipologie di finanziamento, cosa questa ben visibile dallo stralcio planimetrico sotto riportato



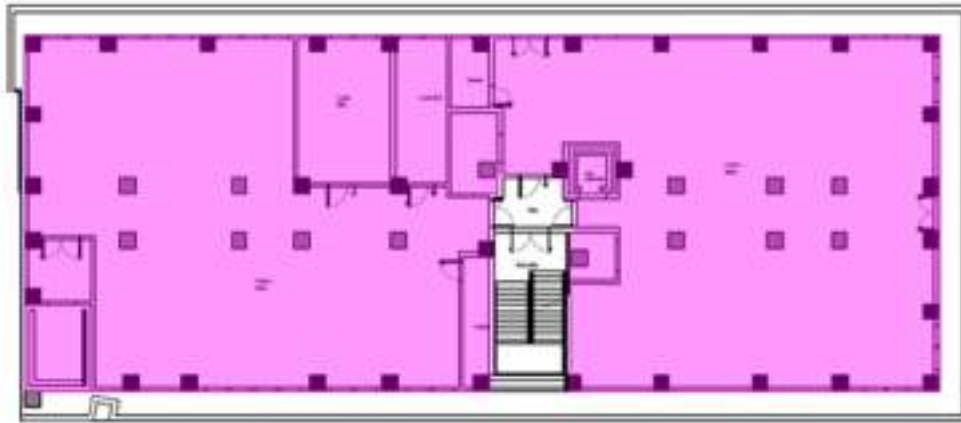
Descrizione dell’immobile da realizzare

Come già precisato, l’intervento prevede la demolizione dell’attuale edificio “G”, localizzato all’interno del Complesso Ospedaliero Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta, e la ricostruzione di un nuovo edificio, ad uso sanitario. L’edificio attuale è composto da due volumi giuntati sismicamente e indipendenti tra loro. La demolizione verrà eseguita in due fasi: una prima fase, che interessa una parte attualmente in disuso, per la quale saranno utilizzati i fondi relativi alla IV fase ex art. 20 L. 67/88, e una seconda che sarà eseguita con i fondi P.N.C.

L’intervento in oggetto, oltre alla demolizione di una parte dell’edificio esistente, come sopra precisato, prevede la realizzazione di un nuovo edificio “G” localizzato nelle immediate vicinanze dell’edificio esistente. Quest’Ultimo, a pianta rettangolare, verrà realizzato con struttura in c.a. isolata sismicamente su isolatori tipo *friction pendulum* mediante piano di isolamento posto in testa al piano interrato.

L'edificio G sarà articolata su 5 livelli, di cui uno interrato:

- Piano Interrato, complessivamente esteso circa mq 840 sarà destinato a locale tecnico per una facile manutenzione degli isolatori simici, posti in testa ai pilastri sui quali poggia il piano di isolamento. Il piano è contornato da una intercapedine aerata;



Piano Terra, complessivamente esteso circa mq 788 sarà destinato ad ospitare la morgue con i relativi locali annessi;



- Piano Primo, complessivamente esteso circa mq 840 sarà destinato agli ambulatori, tra l'altro di HIV e tubercolosi, agoaspirati, oltre ad essere presenti gli uffici, sale e servizi annessi;



- Piano Secondo, complessivamente esteso circa mq 840, sarà destinato ad ospitare le camere di degenza per complessivi 18 p.l., stanza infermieri, medicheria, deposito farmaci, ambulatori, medico di guardia, depositi e servizi annessi;

I Posti Letto previsti nel nuovo edificio "G" sono n. 18, gli stessi di cui al vecchio edificio "G".



- Piano Terzo complessivamente esteso circa mq 285 saranno allocate le stanze dei medici ed i relativi servizi.



Aspetti impiantistici

a. Impianto di Climatizzazione

Il nuovo corpo "G" sarà reso autonomo ai fini della produzione di energia termica necessaria sia per la climatizzazione degli ambienti sia per la produzione di acqua calda sanitaria. Al piano interrato verranno progettati due scambiatori a piastre, uno circuito caldo ed uno circuito freddo, in grado di erogare sul secondario la potenza necessaria alla climatizzazione di tutto l'edificio.

Sul primario le tubazioni saranno portate all'esterno dell'impronta dell'edificio, in apposito pozzetto di intercettazione dove sarà garantita la portata e temperatura di acqua calda e refrigerata proveniente dalla centrale Termo - frigorifera esistente.

Pertanto, l'edificio avrà la possibilità di essere alimentato o dall'impianto già esistente nel plesso ospedaliero, o dai gruppi previsti a progetto.

Per quanto riguarda l'UTA, verrà realizzato un impianto a servizio di ogni area dell'Edificio "G", con impianto di tipo a tutt'aria oppure di tipo ad aria primaria e apparecchiature di climatizzazione in campo quali ventilconvettori e batterie di post riscaldamento.

Per il reparto degenza verrà realizzato un impianto a tutt'aria dedicato. Vista la presenza due camere per degenti isolati verrà realizzata un impianto UTA dedicato.

Queste aree saranno climatizzate con un impianto di tipo a tutt'aria a portata costante. La temperatura dei locali è controllata con batterie di post-riscaldamento. L'immissione dell'aria avverrà con diffusori che includono il filtro assoluto. Le degenze isolati saranno accessibili tramite filtro sanitario. La degenza verrà tenuta in depressione rispetto al filtro che a sua volta è in depressione rispetto al corridoio. Le pressioni saranno controllate mediante taratura dei CAV (Costant Air Volume) da installare sia in mandata che in estrazione.

Per quanto riguarda gli ambulatori saranno climatizzati con un impianto ad immissione d'aria esterna (UTA Aria Primaria) e ventilconvettori. Negli ambulatori i ventilconvettori saranno di tipo a cassetta o canalizzati a controsoffitto. In questo caso l'aria primaria è immessa nell'apposito ingresso. Nelle attese ed in locali con carichi elevati si sono installati ventilconvettori canalizzati a controsoffitto con

diffusori ad effetto induttivo.

Infine anche per la Morgue, come per gli altri reparti, verrà realizzato un impianto UTA dedicato che rispecchia i parametri imposti dal D.G.R.C. 7301/01.

b. Impianto Elettrico

L'impianto elettrico progettato sarà un impianto in bassa tensione (400/230V a 50 Hz), alimentato mediante due linee: una sottosezione preferenziale (sottogruppo elettrogeno) e una di continuità assoluta (sotto UPS). La linea di alimentazione sottosezione preferenziale sarà derivata dalla sottostazione MT/BT adiacente allo stesso corpo con corde di tipo FG16M16 in formazione 7+1x120 mmq, quella di alimentazione dell'UPS sarà derivata dall'UPS posto nel Power Center del corpo G. È inoltre prevista una sorgente di energia rinnovabile da fonte solare fotovoltaica posta in copertura sul corpo G.

Il sistema elettrico di bassa tensione sarà di tipo TN-S. Tutte le masse dell'impianto e le masse estranee presenti devono essere collegate all'impianto di terra dei corpi mediante conduttori di protezione PE.

Il progetto dovrà tener conto dei requisiti di sicurezza richiesti per la struttura in questione. Tra gli obiettivi delle scelte progettuali sono quindi prioritari i seguenti:

- garantire la protezione delle linee dagli effetti termici derivanti da sovracorrenti di sovraccarico e/o corto circuito;
- realizzare un'efficace protezione contro i contatti diretti e indiretti (p.es. mediante equipotenzializzazione delle masse metalliche presenti);
- evitare che le linee possano essere causa d'incendio;
- garantire un'efficiente illuminazione ordinaria adeguata al compito visivo che si svolge nei diversi ambienti;
- offrire una sufficiente illuminazione di sicurezza nei punti di passaggio ed in corrispondenza alle uscite, di indicare adeguatamente le vie di fuga;
- garantire alimentazione di emergenza e sicurezza con adeguata affidabilità e continuità

Conduttori, tubazioni e scatole di derivazione

Le condutture saranno costituite da cavi tipo FG16M16 posati su canalina metallica in controsoffitto o cavedio per la distribuzione primaria, cavi di tipo FS17 per il collegamento delle utenze finali a partire dalle scatole di derivazione e cavi FTG10 per l'impianto di emergenza e rivelazione fumi dovranno tutti essere rispondenti all'unificazione UNEL e alle norme CEI.

Le canalizzazioni protettive destinate a ospitare i circuiti di derivazione saranno costituite da tubo isolante rigido o flessibile in PVC, serie pesante, marchiato, autoestinguente, rispondente alle norme CEI 23-14. Le sezioni sono riportate negli elaborati di progetto saranno scelte in funzione del numero e della sezione dei cavi che devono contenere, tenendo conto dei suggerimenti della norma CEI 64-8 e in modo tale da garantire dei cavi possano essere sfilati facilmente.

Le tubazioni protettive saranno del tipo isolante rigido in PVC, serie pesante (colore grigio), marchiato, autoestinguente, rispondenti alle norme CEI 23-14. Il diametro interno dei tubi protettivi sarà non inferiore a 1,3 volte il diametro del cerchio circoscritto dal fascio di cavi contenuto e, comunque, mai inferiore a 16 mm. Si utilizzeranno tubazioni separate per le linee forza motrice e per l'illuminazione ovvero canali con setti separatori al loro interno. Le sezioni dei conduttori saranno scelte, secondo le indicazioni della norma CEI 64-8, imponendo una portata superiore alla corrente di impiego della linea e una caduta di tensione percentuale inferiore al 4% per ogni tratta. Inoltre, al fine di conseguire un migliore sfruttamento dei cavi, si è deciso di distinguere i percorsi in linee dorsali (dal quadro elettrico alle scatole di derivazione) e derivazioni (dalle scatole di derivazione alle utenze) scegliendo in taluni casi sezioni maggiori di quelle strettamente necessarie per il rispetto dei vincoli tecnici.

Per questo motivo si utilizzeranno le sezioni minime riportate nella seguente tabella in funzione della destinazione del conduttore. Il conduttore di protezione (PE) dovrà essere distribuito in tutto l'impianto ed è unico su ciascuna dorsale, con sezione pari alla massima sezione presente nella dorsale stessa (CEI 64-8).

Per tutti i conduttori dovranno essere rispettati i codici di colore previsti dalle norme: grigio, marrone o nero per i conduttori di fase, blu chiaro per il neutro e giallo-verde per il PE.

Per la realizzazione degli impianti saranno impiegate cassette in materiale termoplastico autoestinguente resistente al calore anormale ed al fuoco fino a 650 °C (norma CEI 50/11) resistente agli urti.

L'utilizzazione delle cassette sarà prevista per ogni derivazione o smistamento dei conduttori, mantenendo la separazione dei circuiti (FM, Illuminazione) mediante sdoppiamento delle cassette stesse o l'uso di setti divisorii al loro interno.

Le giunzioni dei conduttori dovranno essere eseguite in modo ordinato e dovranno essere facilmente individuabili. Le connessioni saranno realizzate esclusivamente mediante morsettiere componibili a vite. Le cassette dovranno essere installate rispettando la complanarità con pareti in muratura o pavimenti, l'allineamento con gli assi verticali e orizzontali delle pareti e le posizioni disponibili per non occupare mai quote di pareti utilizzabili per l'arredamento.

c. Impianto idrico

Per il corpo "G" l'adduzione dell'acqua fredda sarà garantita dal sistema di pressurizzazione e trattamento a servizio del plesso ospedaliero.

La produzione di acqua calda sarà garantita dalla presenza di un gruppo frigorifero (denominato sullo schema funzionale GF-ACS) che alzerà la temperatura del circuito caldo del polivalente da 45°C a 78°C.

A seguire, due boiler da 5.000 lt muniti in uscita di valvola miscelatrice per il controllo della temperatura alle utenze. Il tutto posto nel locale tecnico al piano interrato. Sulla produzione di acqua calda sarà previsto un sistema di dosaggio chimico per il controllo della legionella.

Sarà installata una rete di ricircolo di acqua calda di consumo al fine di non aver tratti di tubazione con acqua stagnante in particolar modo nelle reti dei bagni degenze. Le tubazioni principali dell'acqua potabile fredda, calda e ricircolo nei cavedi sono in acciaio zincato, coibentate con rivestimento in materiale isolante.

Le distribuzioni ai piani dovranno essere realizzate in Polipropilene coibentato fino ai collettori, mentre i tratti finali, ovvero dai collettori agli apparecchi idraulici, sono realizzate con tubazioni in e multistrato coibentato.

Ogni gruppo servizi sarà dotato di organo di intercettazione, installato in posizione facilmente accessibile, in modo da permettere l'esclusione del circuito.

Tutti i materiali e le attrezzature saranno in grado di supportare un flusso continuo d'acqua calda a 70°C in modo da poter realizzare un trattamento termico periodico anti-legionella.

Rete di scarico acque nere

Le acque nere saranno raccolte dagli scarichi provenienti dai servizi igienici e dalle docce di tutto il complesso, gli scarichi dei locali tecnici e di quelli di pulizia.

Sarà previsto un sistema con ventilazione secondaria con collegamento ad ogni interpiano tra colonna di scarico principale e colonna di ventilazione; andrà altresì garantita la gestione delle zone di sovrappressione e/o depressione all'interno della rete di scarico acque nere, evitando il ritorno di cattivi odori generato dal mal funzionamento dei sifoni anti odore.

In copertura verrà installato su ogni colonna di scarico un cappello esalatore, mentre al piede di colonna (al piano interrato) verrà installata una braga di ispezione. L'intera rete di distribuzione dei collettori delle acque nere staffata a controsoffitto del piano interrato dovrà essere installata garantendo la possibilità di ispezione su ogni tratto di tubazione.

Le acque nere sono convogliate a gravità nel sistema di distribuzione già esistente nel plesso ospedaliero.

Rete di scarico acque meteoriche

L'acqua meteorica proveniente dalle coperture dei fabbricati verrà raccolta e convogliata all'esterno dell'impronta del fabbricato per essere indirizzata all'esistente rete acque bianche del plesso ospedaliero.

L'acqua raccolta nelle intercapedini viene rilanciata nella stessa rete del plesso ospedaliero mediante delle stazioni di sollevamento poste all'interno di pozzetti di raccolta.

Tenendo presente che a seguito delle opere di demolizione dell'edificio "G" e dei successivi scavi per la posa delle fondazioni la rete di raccolta delle acque bianche potrebbe essere compromessa, verrà prevista la riorganizzazione delle reti esterne di convogliamento sia delle acque nere che delle acque meteoriche perimetrali all'edificio (collettori di scarico acque nere, pozzetti di intercettazione, collettori di scarico acque meteoriche, etc).

Attrezzature e Arredi

In riferimento all'acquisto di attrezzature e arredi si evidenzia che tra il vecchio ed il nuovo Edificio "G" le funzioni e/o i reparti non mutano, pertanto, parte delle attrezzature e gli arredi attualmente presenti verranno impiegati per il nuovo edificio, in quanto ancora funzionali e rispondenti alla normativa in vigore.

Qualora dovesse sorgere la necessità di incrementare il numero di arredi e/o l'attrezzatura presenti, questi verranno acquistati con fondi dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta

Cronoprogramma dell'intervento

I tempi di realizzazione sono stimati in 990 giorni suddivisi come riportato di seguito:

Progettazione	gg. 180
Affidamento lavori	gg. 180
Esecuzione	gg. 450
Attivazione	gg. 180

Costo dell'intervento

Il costo complessivo del progetto è pari a € 9.550.000,00 così distinto:

QUADRO ECONOMICO			
A.	Somme per Progettazione e Lavori		EURO
A.1	Lavori		
A.1.1	Lavori di demolizione e ricostruzione		7.500.000,00
A.1.2	Oneri per la sicurezza non soggetti a ribasso		198.000,00
	TOTALE LAVORI (A)		7.698.000,00
B.	Somme a disposizione dell'amministrazione		
B.1	Imprevisti, oneri di discarica e costi interferenze (IVA inclusa)		101.426,00
B.2	Competenze professionali		
B.2.1	Progettazione		431.307,22
B.2.2	Verifica della progettazione		73.823,53
B.2.3	Direzione dei Lavori		230.706,32
B.2.4	Coordinamento per la Sicurezza in fase di Esecuzione (incarico interno)		-
B.2.5	Collaudo tecnico amministrativo e tecnico funzionale impianti (incarico interno)		-
B.2.6	Collaudo statico (incarico interno)		-
B.2.7	Oneri previdenziali (4%) su competenze professionali		29.433,48
	Totale competenze professionali		765.270,55
B.3	Accantonamenti		
B.3.1	Incentivi per funzioni tecniche e beni strumentali		36.143,93 €
B.3.2	Commissione di gara/supporto (IVA inclusa)		8.000,00
B.3.3	Pubblicità (IVA inclusa)		3.000,00
	Totale accantonamenti		47.143,93
B.4	Oneri fiscali		
B.4.1	IVA 22% (su B.2)		168.359,52
B.4.2	IVA 10% (su totale A.1)		769.800,00
	Totale oneri fiscali		938.159,52
	TOTALE B		1.852.000,00
	Importo totale del progetto (A+B)		9.550.000,00

Come sopra evidenziato, il nuovo edificio "G" sarà composto da cinque piani, di cui uno interrato; si precisa che solo il piano secondo verrà impiegato per ospitare le degenze (n. 18 posti letto), su di una superficie pari a 840 mq.

Si riporta di seguito la destinazione funzionale di ogni piano con i relativi metri quadri

PIANO	DESTINAZIONE	MQ
interrato	deposito	840
terra	servizio mortuario	840
primo	ambulatori	840
secondo	degenze (18 PL)	840
terzo	uffici medici	285
Totale		3.645

Per una corretta determinazione dei costi parametrici per PL, occorre, dunque, imputare tutti i costi sostenuti per il secondo piano ai 18 PL da realizzare.

I restanti costi, finalizzati alla realizzazione di servizi comuni all'intero ospedale, sono da parametrare alla dotazione dei posti letto di tutto l'ospedale, ovvero a n. 613 PL.

Calcolo dei costi a mq

		SUPERFICIE (mq)	COSTO/MQ (€/mq)
COSTO INTERVENTO (€)	9.550.000,00	3.645,00	€ 2.620

Calcolo dei costi a PL

TIPOLOGIA	Tariffa	COSTO INTERVENTO (€)	COSTO/PL
Costo PL di nuova realizzazione	Mq 840 x € 2.620	€ 2.200.823	€ 122.268
PL adeguamento aree comuni	Mq 2.805 x € 2.620	€ 7.349.100	€ 11.988,74
Costo PL di nuova realizzazione + costi comuni	€ 122.268 + € 11.988,74		€ 124.977,48

Emerge, pertanto, che il costo per mq è di € 2.620, mentre il costo per posto letto di nuova realizzazione ammonta ad € 124.977,48.

B03.2.4 – LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE E AMPLIAMENTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN GIUSEPPE MOSCATI" DI AVERSA

La struttura esistente

L'attuale Presidio Ospedaliero di Aversa si presenta come un unico corpo di fabbrica, composto da quattro blocchi di forma irregolare, che occupa un'area di circa 7400 mq. La struttura è disposta su sei livelli, di cui uno interrato e cinque fuori terra.



1. Il corpo principale (corpo A evidenziato in rosso), realizzato negli anni '70, strutturalmente si presenta con elementi verticali in c.a. (pilastri e pareti) e travi di piano a formare telai prevalentemente monodirezionali. Esso si sviluppa su 5 piani fuori terra ed uno seminterrato;
2. tra la fine degli anni '90 ed i primi anni 2000 è stato realizzato il corpo B (evidenziato con il magenta), anch'esso con struttura portante in c.a. con telai bidirezionali.
3. Il corpo C (in ciano), sede dell'attuale Pronto Soccorso, è caratterizzato da una struttura portante in c.a., con pilastri e travi posizionati per costituire telai bidirezionali.
4. il corpo D (in arancione) è una struttura in acciaio che si sviluppa su due impalcati.

Tale costruzione risulta sottodimensionata rispetto al fabbisogno previsto dal DCA 103/18 e pertanto non garantisce possibilità di adeguamenti, ormai non più procrastinabili, per l'accreditamento istituzionale.

Localizzazione dell'intervento e accessibilità del sito

Per l'ubicazione del nuovo corpo di fabbrica, considerando l'attuale delimitazione del presidio, dopo apposito sopralluogo, è stata individuata l'area sita a sud-ovest del complesso, attualmente adibita a parcheggio a raso ed ultimamente utilizzata anche per l'installazione di tutte le tendostrutture provvisoria per far fronte all'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19.



Il nuovo corpo di fabbrica sarà allocato in un'area pianeggiante sita a sud-ovest già attualmente adibita a parcheggio e, pertanto, risulta di agevole accessibilità e strettamente collegata al sistema delle infrastrutture e della mobilità esistente.

L'intervento non modificherà sostanzialmente i sistemi di collegamento interni ed esterni rispetto all'attuale configurazione.

Disponibilità dei suoli e Conformità Urbanistica

Attualmente l'area su cui insiste tutto il Presidio Ospedaliero di Aversa comprendente, quindi, anche quella ove si ipotizza la realizzazione del nuovo corpo di fabbrica, è già nella completa disponibilità dell'ASL di Caserta.

Con il vigente PRG e relative norme tecniche di attuazione (come modificato nella versione del 2012) l'area in oggetto rientra nella zona "F1 per attrezzature pubbliche e di uso pubblico di interesse territoriale. Comprendono le aree destinate alla realizzazione di opere per l'istruzione universitaria superiore e, per attrezzature culturali e sociali, per le attrezzature sanitarie, per impianti di depurazione, le aree cimiteriali, per le attrezzature militari, e per i mercati generali e per il macello. Sono ammessi tutti gli interventi. 2. È sempre ammessa la destinazione a verde delle aree destinate alle attrezzature di cui al primo comma."

Pertanto, dal punto di vista urbanistico, l'area di intervento non risulta interessata da particolari indirizzi urbanistici ostativi alla realizzazione del nuovo Ospedale.

Inoltre, da un punto di vista vincolistico ed attitudinale l'area possiede le seguenti peculiarità:

- Non è sottoposta a vincoli paesaggistici;
- Non sono presenti aree archeologiche e/o beni monumentali vincolate;
- Non sono presenti vincoli di tipo idraulico o idrogeologico;
- È priva di vegetazione arborea e di flora avente caratteristiche di rarità;
- Non ricade nei piani di protezione della fauna Rete Natura 2000, SIC_ ZSC e ZPS.

Distribuzione dei posti letto

Per il dimensionamento del nuovo corpo di fabbrica si è fatto riferimento alla ricognizione dei posti letto definiti con il DCA 103/18, e ai posti letto di Terapia Intensiva di cui alla DGRC 378/20 e s.m.i. Attualmente il P.O. di Aversa è dotato di n. 205 PL.

L'intervento inserito nel programma, prevede la realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica, a completamento del PO esistente, nonché l'adeguamento di reparti esistenti e ambienti comuni.

I PL interessati dall'intervento sono n. 71 PL di nuova realizzazione (di cui n. 60 PL nel nuovo corpo di fabbrica e n. 11 PL nel PO esistente) e n. 36 PL di adeguamento.

A conclusione dell'intervento il Presidio sarà dotato di ulteriori PL in aggiunta alla dotazione attuale per complessivi n. 276 in linea con la programmazione sanitaria Regionale di cui al DCA 103/2018 (n.272 PL) e alla DGRC n. 378/2020 e s.m.i. (n. 4 PL)

Descrizione dell'immobile da realizzare con indicazione delle superfici e delle altezze

Le caratteristiche tecnico-dimensionali da assegnare al nuovo corpo di fabbrica sono state individuate al fine di implementare la dotazione prevista dal Piano di Programmazione della Rete Ospedaliera della Regione Campania.

In funzione delle necessità e degli spazi disponibili all'interno del perimetro dell'attuale P.O. di Aversa, il nuovo corpo di fabbrica avrà una superficie totale di circa 5.500 mq disposti su 6 livelli, un'altezza totale fuori terra di circa 18 ml.

Tale nuovo corpo di fabbrica ospiterà le seguenti funzioni:

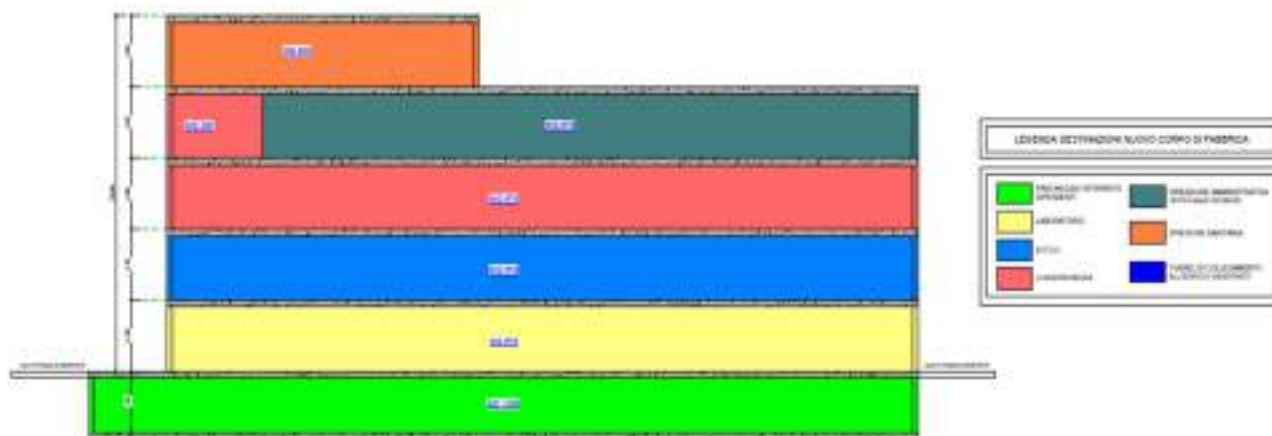
- parcheggio dipendenti;
- laboratorio di analisi e Anatomia Patologica;
- S.P.D.C. per complessivi 18 posti letto;
- lungodegenza per complessivi 20 posti letto;
- Ambulatori medici e chirurgici;
- Direzione Sanitaria, Amministrativa, sale riunioni e formazione.

Inoltre, al fine di rendere usufruibile il nuovo corpo di fabbrica, anche dall'attuale presidio ospedaliero, è stata ipotizzata la realizzazione di un Tunnel di collegamento con la struttura principale che consente un agevole passaggio del personale e dell'utenza.

Si prevede di dislocare alcune attività nel nuovo corpo di fabbrica, tali da consentire l'inserimento di ulteriori Unità nel fabbricato esistente. Nello specifico, con lo spostamento dell'S.P.D.C., del Laboratorio di Analisi, della Direzione Sanitaria ed Amministrativa, si presenta la possibilità di realizzare ex novo: Urologia per complessivi 10 posti letto, Neurologia per complessivi 20 posti letto e spogliatoi centralizzati per i circa 700 dipendenti.



SEZIONE DEL NUOVO CORPO DI FABBRICA



Aspetti impiantistici

Impianti elettrici e speciali sul nuovo corpo di fabbrica:

All'interno del nuovo corpo di fabbrica, saranno realizzati le seguenti tipologie di impianti elettrici e speciali:

a. impianti elettrici

- Impianto di alimentazione elettrica dalla Cabina trasformazione MT/BT esistente;
- sistema di emergenza con gruppo elettrogeno;
- sistemi di continuità assoluta utenze informatiche e medicali;
- sistemi di rifasamento automatico;
- impianti di illuminazione ordinaria – di sicurezza e FM;
- Distribuzione primaria e secondaria;
- quadri elettrici principali e secondari;
- impianti elettrici al servizio degli impianti meccanici;
- impianti di illuminazione esterna;
- impianto di dispersione, equipotenziale e di protezione contro scariche atmosferiche.

b. impianti speciali di sicurezza:

- impianti di rivelazione fumi e gas;
- impianto diffusione sonora messaggi emergenza (EVAC);
- impianto antintrusione e controllo accessi e TVCC.

c. impianti speciali di comunicazione

- impianti di fonia - dati;
- apparati attivi di rete (solo predisposizione);
- impianto orologi elettrici;
- impianto antenna TV-SAT;
- impianto gestione code;
- impianto citofonico, interfonico;
- impianto di chiamata infermiera.

d. impianto di supervisione:

- sistema di controllo centralizzato impianti elettrici;
- sistema di controllo centralizzato impianti di illuminazione;
- sistema di controllo centralizzato impianti speciali di sicurezza;
- Sistema di supervisione generale.

Criteri e parametri tecnici di riferimento per il progetto

- elevato livello di affidabilità, sia nei riguardi di guasti interni alle apparecchiature, sia nei riguardi di eventi esterni; oltreché adottare apparecchiature e componenti con alto grado di sicurezza intrinseca. Si è realizzata un'architettura degli impianti in grado di far fronte a situazioni di emergenza in caso di guasto o di fuori servizio di componenti o di intere sezioni d'impianto, con tempi di ripristino del servizio limitati ai tempi di attuazione di manovre automatiche o manuali di commutazione, di messa in servizio di apparecchiature, ecc.
- manutenibilità: sarà possibile effettuare la manutenzione ordinaria degli impianti in condizioni di sicurezza continuando ad alimentare le varie utilizzazioni; i tempi di individuazione dei guasti o di sostituzione dei componenti avariati, nonché il numero delle parti di scorta, saranno ridotti al minimo;
- selettività di impianto: l'architettura prescelta garantisce che la parte d'impianto che viene messa fuori servizio, in caso di guasto, venga ridotta al minimo; il criterio seguito prevede, per gli ambienti particolari quali sale operatorie, terapie intensive, ecc. la realizzazione del "nodo" di impianto locale, cioè l'installazione nei vari ambienti di quadri specifici, strutturati in modo diverso a seconda della destinazione dei locali, selettivi rispetto al quadro di piano o di zona. Tale criterio consente anche di semplificare il quadro di zona stesso, riducendo il numero di aree alimentate e quindi il numero di apparecchiature installate;

- frazionamento e articolazione delle reti elettriche e diffusione capillare di una rete in continuità assoluta per le “utenze informatiche” e di una rete in continuità assoluta per le “utenze medicali”, per garantire la massima flessibilità di installazione di apparecchi utilizzatori, sia che si tratti di apparati che richiedono una elevata potenza, sia che si tratti di apparecchiature elettroniche che richiedono un'alimentazione stabilizzata immune da disturbi;
- sicurezza degli impianti, sia contro i pericoli derivanti a persone o cose dall'utilizzazione dell'energia elettrica, sia in termini di protezione nel caso di incendio o altri eventi estranei all'utilizzazione dell'energia elettrica;
- elevato grado di funzionalità e di comfort per gli addetti, ottenuto con una scelta opportuna dei livelli di illuminamento e degli apparecchi illuminanti e soprattutto con una attenta progettazione degli impianti di comunicazione e sicurezza

Struttura generale dell'impianto elettrico

All'interno del presidio ospedaliero esiste un punto consegna energia elettrica a 20kV e due cabine elettriche di trasformazione MT/BT, di cui una funge da generale. Da quest'ultima sarà derivata la linea elettrica di alimentazione per il nuovo corpo di fabbrica.

La distribuzione principale a partire dai quadri generale di edificio QG si svilupperà secondo uno schema radiale, per le alimentazioni dei quadri di piano/zona e dei quadri tecnologici, dei gruppi frigo, degli ascensori, etc...

Le linee di distribuzione principali in BT saranno realizzate in cavo a doppio isolamento lungo i percorsi orizzontali, mentre saranno generalmente in blindosbarra lungo i percorsi verticali all'interno dei cavedi.

All'interno del corpo di fabbrica è prevista la realizzazione di cavedi verticali principali in modo da ottimizzare la distribuzione ai vari livelli.

Adeguamento impianto elettrico e speciali vecchio plesso:

a. Impianto elettrico

All'interno delle aree in cui saranno allestite le nuove unità si procederà alla bonifica degli impianti elettrici e speciali esistenti con caratteristiche non compatibili con le norme attuali e/o con la nuova destinazione d'uso dei locali. All'interno di ogni area sarà allestito un nuovo quadro elettrico, per l'alimentazione delle utenze elettriche previste nell'area.

L'illuminazione sarà realizzata con apparecchi installati all'interno di controsoffitti in modo da conseguire i livelli di illuminazione fissati dalla Norma, in particolare saranno utilizzati la seguente tipologia di apparecchi:

- Tipo LED panel all'interno dei connettivi;
- Apparecchi di illuminazione di tipo Dark – light all'interno degli ambulatori o similari;
- all'interno dei locali di servizio saranno installati apparecchi di illuminazione a soffitto di forma circolare.

Sarà realizzata un'illuminazione di sicurezza e di emergenza per consentire il regolare deflusso dei presenti in caso di emergenza e lo svolgimento delle attività di particolare importanza.

b. Impianti speciali

All'interno delle aree oggetto di intervento saranno ripristinati (se esistenti) o realizzati ex-novo i seguenti principali impianti speciali:

- Impianto rilevazione fumi o incendio;
- Impianto rete dati e fonia _ cablaggio strutturato;
- Impianto EVAC, per la gestione dell'esodo con messaggi sonori;
- Impianto chiamata infermiere ove necessario;
- Impianto elettrico a servizio dei gas medicali.

In genere si provvederà ad estendere gli impianti esistenti sul piano anche a queste aree oggetto di intervento.

Qualora non fosse possibile saranno realizzati all'interno delle aree impianti autonomi che si interfacceranno con il sistema di supervisione generale del presidio ospedaliero.

Cronoprogramma dell'intervento

Le fasi per la realizzazione dell'intervento includono la progettazione, l'esecuzione/collaudo e l'avviamento. La durata complessiva è stimata in 2.120 giorni, come di seguito dettagliata:

	ATTIVITA'	GIORNI STIMATI
1	progettazione e relativa approvazione	360
2	affidamento lavori predisposizione atti per indizione gara di appalto ed espletamento della stessa comprese verifiche propedeutiche alla formalizzazione del contratto	150
3	esecuzione dei lavori	1.100
4	attivazione (collaudi tecnici e amministrativi)	90

Costo dell'intervento

Il costo complessivo del progetto è pari a € 33.000.000,00 così distinto:

QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO			
A - LAVORI E SERVIZI IN APPALTO			Euro
a.1	LAVORI IN APPALTO Soggetti a ribasso (al netto degli oneri di sicurezza aggiuntivi)		€ 22.882.000,00
a.2	ONERI DI SICUREZZA AGGIUNTIVI Non soggetti a ribasso (in ragione del 3% dell'importo lavori)		€ 686.460,00
a.3	ONERI DI SICUREZZA necessari per attuazione DUVV		€ 25.000,00
A1 - TOTALE LAVORI (a.1+a.2+a.3)			€ 23.592.460,00
d/c	Parcheggio 1.385 mq (stima parametrica 1.200 €/mq)		€ 1.662.000,00
	Canicolo di collegamento 660 mq (stima parametrica 2.200 €/mq)		€ 1.452.000,00
	Nuovi reparti 4.000 mq (stima parametrica 3.600 €/mq)		€ 14.400.000,00
	Ristrutturazione dei reparti e spogliatoi esistenti 2.500 mq (stima parametrica 2.200 €/mq)		€ 5.500.000,00
B - SOMME A DISPOSIZIONE DELLA STAZIONE APPALTANTE			Euro
b.1	Lavori in sicurezza richiesti dall'appalto, richiesti previa fattura (IVA esclusa)		€ 176.950,92
b.2	Oneri di conferimento a discarica - smaltimenti rifiuti (circa 28.000 mc da smaltire equivalenti a circa 36.000 tonnellate cubiche medio a 10€/t - IVA esclusa)		€ 360.000,00
b.3	Rifiori, accorciamenti e indagini (IVA esclusa)		€ 30.000,00
b.4	Affidamenti ai pubblici servizi (rete fognaria, rete idrica, rete gas) (IVA esclusa)		€ 15.000,00
b.5	Imprevisti (IVA esclusa)		€ 839.400,41
b.6	Assicurazioni o oneri assicurativi e polizze assicurative		€ 0,00
b.7	Trasporti ex art.113 D.Lgs.30/2010 (1,2% di A1)		€ 283.121,32
b.8	Spese tecniche necessarie attività progettuali, alle condizioni di accetti, progettazione (tutte le fasi) + PS, direzione lavori e al monitoraggio dello scavo in fase di esecuzione, all'assistenza giornaliera e sostitutiva, all'assistenza di eventuali oneri per cassa previdenziale		€ 1.887.470,88
b.9	Spese per attività di consulenza e supporto. (Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale)		€ 15.000,00
b.10	Spese per consulenze grafiche. (Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale)		€ 9.000,00
b.11	Spese per pubblicità o A/R/C		€ 1.500,00
b.12	Spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dal capitolato speciale d'appalto, collaudi tecnici amministrativi, collaudi statici ed altri eventuali collaudi specializzati. Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale		€ 235.934,00
	b.12.a Spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dal capitolato speciale d'appalto. Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale	€ 50.983,65	
	b.12.b Spese per collaudi tecnici amministrativi. Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale	€ 117.987,30	
	b.12.c Spese per collaudi statici. Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale	€ 50.983,65	
b.13	Spese per acquisto attrezzature sanitarie e arredi		€ 2.000.000,00
b.14	Oneri per il Collegio Consiliare Tecnico (Legge 120/2020). Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale		€ 124.000,00
B - TOTALE SOMME A DISPOSIZIONE DELLA STAZIONE APPALTANTE			€ 5.979.270,30
C - IVA			Euro
c.1	IVA Lavori (10% di A1)		€ 2.359.246,00
c.2	IVA spese (22% di b.1+b.2+b.3+b.4+b.5+b.12.a+b.13)		€ 581.000,81
c.3	IVA perage tecniche (22% di a.3+b.8)+b.6.10+b.12.b+b.12.c+b.14)		€ 486.910,11
C - TOTALE IVA			€ 3.427.261,72
TOTALE GENERALE DEL PROGETTO (A+B+C)			€ 33.000.000,00

Con riferimento ai costi parametrici, si specifica che l'intervento si articola in tre attività:

ATTIVITA'	MQ
A. realizzazione del nuovo corpo di fabbrica	5.500,00 mq
B. adeguamenti dei reparti esistenti	3.500,00 mq
C. collegamento tra il nuovo corpo di fabbrica e la struttura esistente	600,00 mq
TOTALE	9.600,00 mq

Inoltre, anche al fine di razionalizzare i percorsi di accesso in conseguenza del nuovo corpo di fabbrica di progetto, si prevede, quale ulteriore attività, di intervenire sulle aree esterne al fabbricato interessando una superficie di circa 2.000,00 mq da adeguare ed attrezzare.

In definitiva, l'area di intervento complessiva è pari a:

AREA	MQ
Interna	9.600,00 mq
Esterna	2.000,00 mq;

Per quanto riguarda l'implementazione dei posti letto e delle attività da adeguare e realizzare, si evidenzia che la dotazione di PL per il presidio ospedaliero è di n. 272 PL, come da DCA 103/2018 a cui si aggiungono n. 4 PL di cui alla DGR 378/2020 PL, come di seguito distribuiti:

POSTI LETTO	N. PL
Attuali	205
Nuova realizzazione	71
Da adeguare (compresi nei 205)	36

In virtù di tale fabbisogno, si è proceduto a calcolare il costo parametrico d'intervento, come di seguito dettagliato:

Calcolo dei costi a mq

TIPOLOGIA INTERVENTO	COSTO INTERVENTO (€)	SUPERFICIE (mq)	COSTO/MQ (€/mq)
A) nuovo corpo di fabbrica e nuova infrastruttura area esterna	21.600.000,00	5.500,00	€ 3.927
B) riqualificazione interna, posti letto	9.000.000,00 €	3.500,00	€ 2.571
C) costo del collegamento	2.400.000,00 €	600,00	€ 4.000
TOT	33.000.000,00 €		

Calcolo dei costi a pl

TIPOLOGIA	COSTO INTERVENTO (€)	N. PL	COSTO/PL
PL di nuova realizzazione	21.600.000,00	71	€ 304.225
PL adeguamento	9.000.000,00 €	36	€ 250.000
aree comuni	2.400.000,00 €	276	€ 8.695

Si precisa che la Regione Campania, prima dell'ammissione a finanziamento dell'intervento, provvederà all'adozione di uno specifico atto per formalizzare le modalità e gli ambiti di responsabilità di controllo dell'andamento della spesa. Ciò alla luce dei costi parametrici elevati, derivanti dal livello

base di progettazione disponibile e dell'esigenza di contenimento degli stessi, considerata la necessità di dover sviluppare tutti i livelli progettuali.

B03.2.5 – REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI CAPUA VETERE E NUOVA

Struttura esistente

L'attuale Ospedale "Melorio" è collocato all'interno di una struttura che presenta una superficie coperta di circa 5.500 mq, si sviluppa su quattro livelli e si articola attorno a due corti simmetriche. Il blocco edilizio principale risale al XVIII secolo ed è caratterizzato da volumi ed elementi tipologici storici, con una struttura portante principale in muratura di blocchi di pietra, e da varie addizioni volumetriche più recenti, caratterizzate da una struttura a telaio di cemento armato con solai in laterocemento. Tale struttura risulta oggi obsoleta ed inadeguata non solo dal punto di vista dello stato delle opere murarie e delle caratteristiche costruttive, ma anche e soprattutto per quanto concerne le tecnologie, gli impianti, la ristrettezza complessiva degli spazi a disposizione e l'obsolescenza avanzata generale. Il Presidio Ospedaliero allo stato attuale non garantisce possibilità di adeguamenti alle normative vigenti in materia di sicurezza ed impiantistica e non è in grado di soddisfare la dotazione minima richiesta dal DCA 103/18.

Localizzazione dell'intervento e accessibilità del sito

Il nuovo Presidio Ospedaliero di Capua Vetere e Nuova, sarà allocato in un'area a Nord-Ovest di Santa Maria Capua Vetere, al confine con il Comune di Capua, sulla SS. Appia, adibita in passato a sede della Caserma dell'esercito italiano denominata "Caserma Andolfato". La suddetta area d'intervento è individuata al catasto terreni del Comune di Santa Maria Capua Vetere al Foglio n. 3, P.lle 60, 3, 8, 173, 174, 175, 176, 177, 17, 20, 4, 234, 233, 13, 14, 12.

L'area che accoglierà il nuovo Ospedale presenta una configurazione planimetrica del terreno pianeggiante, è collegata con la SS7 Via Appia e localizzata in prossimità del prolungamento variante ANAS – Direzione Litorale Domizio e del prolungamento della linea Metropolitana EAV.

Pertanto, risulta di agevole accessibilità e strettamente collegata al sistema delle infrastrutture e della mobilità esistente e da realizzare.



Disponibilità dei suoli e Conformità Urbanistica

L'area individuata per la realizzazione del nuovo Ospedale, che si estende per circa 150.000,00 mq, è di proprietà del Ministero della Difesa. Nel corso della riunione del tavolo tecnico tenutasi in data 03/09/2021, il Ministero della Difesa ha manifestato "ampia disponibilità a cedere l'area di circa 100.000 mq necessaria alla realizzazione della struttura ospedaliera" al fine di consentire

l'inserimento dell'intervento nella programmazione di cui all'ex art. 20 L. 67/88 IV fase. Si precisa che la superficie necessaria alla realizzazione della nuova struttura ospedaliera è di circa 80.000 mq.

L'area in oggetto rientra nella zona "ATTR_PU – Attrezzature pubbliche a Carattere Speciale" del PRG vigente nel comune di Santa Maria Capua Vetere. Con Delibera di G.C. n° 59 del 31.03.2019 il comune ha preso atto del Preliminare di Piano Urbanistico Comunale in cui, tra l'altro, l'area che ospiterà il nuovo ospedale viene individuata quale "area per spazio pubblico attrezzato".



Nel summenzionato Preliminare, sezione "Strategie" l'elaborato "PS.03 – Dotazione territoriali e Servizi", evidenzia che l'area in oggetto rientra nella zona "Aree di trasformabilità pubblica per attrezzature e spazi pubblici". Dall'elaborato "PS.04 – Aree di trasformabilità" si evince che la medesima area viene classificata come "Area militare da riqualificare".

Pertanto, dal punto di vista urbanistico, l'area di intervento non risulta interessata da particolari indirizzi urbanistici ostativi alla realizzazione del nuovo Ospedale.

Da un punto di vista vincolistico ed attitudinale l'area non è sottoposta a vincoli paesaggistici, né di tipo idraulico o idrogeologico; è priva di vegetazione arborea e di flora avente caratteristiche di rarità e non ricade nei piani di protezione della fauna "Rete Natura 2000" SIC_ ZSC e ZPS.

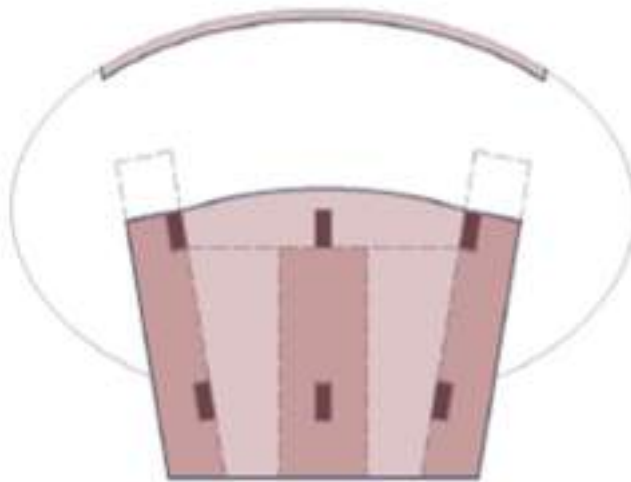
Descrizione dell'immobile

Il progetto del nuovo "Ospedale di Capua Vetere e Nuova" si sviluppa per circa 24.000,00 mq suddivisi in tre piani fuori terra per un'altezza totale di 12 metri lineari e prevede un corpo di fabbrica a sviluppo orizzontale per la cosiddetta piastra dell'Emergenza e dei servizi e corpi in elevazione destinati prevalentemente alla Degenza. Il sistema consente in questo modo la netta distinzione degli accessi (pubblico, degenti, personale, merci) ed una flessibilità di ampliamento differenziata.

I tre corpi in elevazione della degenza consentono una compattazione e riduzione dei percorsi pur conservando la centralità dei servizi sanitari e di supporto e consentiranno, e permettono anche di potenziare l'umanizzazione delle cure con particolare attenzione al comfort alberghiero che incide in modo rilevante sulla qualità percepita dell'utente.

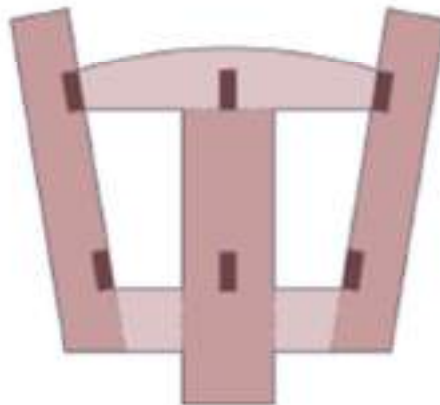
L'assetto architettonico complessivo del nuovo "Ospedale di Capua Vetere e Nuova" nasce dai notevoli segni storici ancora oggi presenti sul territorio. Infatti, l'appartenenza del nuovo ospedale al tessuto storicizzato è fortemente connotata grazie al segno distintivo dell'area antistante al costruito

che rievoca, in pianta, il perimetro del limitrofo Anfiteatro Campano, generando un'area esterna, sia pavimentata che a verde, che funge da connessione con l'ingresso principale dell'Ospedale posto ad Est. Da quest'area esterna, in modo radiale, si sviluppano le ulteriori aree a verde nonché quelle destinate a parcheggio e viabilità. Mentre, sul lato opposto, ad Ovest, è articolato un ingresso separato per la mobilità del Pronto Soccorso.



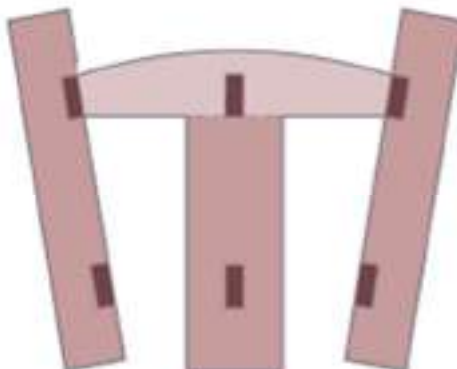
Piano terra – 10.000,00 mq c.a

- Pronto Soccorso / OBI;
- Terapia Intensiva (4 ppli);
- Terapia Sub-intensiva (2 ppli);
- Blocco Operatorio;
- Ingresso / C.U.P.;
- Farmacia;
- Diagnostica per immagini;
- Laboratorio di Analisi;
- Servizio Mortuario;
- Spogliatoi;
- Connettivi;



Piano primo – 7.500,00 mq c.a

- Chirurgia Generale (20 ppli);
- Cardiologia (10 ppli);
- UTIC (4 ppli);
- Medicina Generale (20 ppli);
- Ortopedia e Traumatologia (20 ppli);
- Ambulatori



Piano primo – 6.500,00 mq c.a

- Gastroenterologia (4 ppli);
- Pneumologia (10 ppli);
- Recupero e riabilitazione funzionale (32 ppli);
- Lungodegenza (28);
- Direzione Amministrativa;
- Direzione Sanitaria;



Aspetti impiantistici

All'interno dell'area di intervento, saranno realizzati le seguenti tipologie di impianti elettrici e speciali:

a. impianti elettrici:

- Impianto di alimentazione elettrica e realizzazione della Cabina trasformazione MT/BT;
- sistema di emergenza con gruppo elettrogeno;
- sistemi di continuità assoluta utenze informatiche e medicali;
- sistemi di rifasamento automatico;
- impianti di illuminazione ordinaria – di sicurezza e FM;
- Distribuzione primaria e secondaria;
- quadri elettrici principali e secondari;
- impianti elettrici al servizio degli impianti meccanici;
- impianti di illuminazione esterna;
- impianto di dispersione, equipotenziale e di protezione contro scariche atmosferiche.

b. impianti speciali di sicurezza:

- impianti di rivelazione fumi e gas;
- impianto diffusione sonora messaggi emergenza (EVAC);
- impianto antintrusione e controllo accessi e TVCC.

c. impianti speciali di comunicazione

- impianti di fonia - dati;
- apparati attivi di rete (solo predisposizione);
- impianto orologi elettrici;
- impianto antenna TV-SAT;
- impianto gestione code;
- impianto citofonico, interfonico;
- impianto di chiamata infermiera

d. impianto di supervisione:

- sistema di controllo centralizzato impianti elettrici;
- sistema di controllo centralizzato impianti di illuminazione;
- sistema di controllo centralizzato impianti speciali di sicurezza;

- Sistema di supervisione generale.

Criteri e parametri tecnici di riferimento per il progetto

- elevato livello di affidabilità, sia nei riguardi di guasti interni alle apparecchiature, sia nei riguardi di eventi esterni; oltretutto adottare apparecchiature e componenti con alto grado di sicurezza intrinseca. Si è realizzata un'architettura degli impianti in grado di far fronte a situazioni di emergenza in caso di guasto o di fuori servizio di componenti o di intere sezioni d'impianto, con tempi di ripristino del servizio limitati ai tempi di attuazione di manovre automatiche o manuali di commutazione, di messa in servizio di apparecchiature, ecc.
- manutenibilità: sarà possibile effettuare la manutenzione ordinaria degli impianti in condizioni di sicurezza continuando ad alimentare le varie utilizzazioni; i tempi di individuazione dei guasti o di sostituzione dei componenti avariati, nonché il numero delle parti di scorta, saranno ridotti al minimo;
- selettività di impianto: l'architettura prescelta garantisce che la parte d'impianto che viene messa fuori servizio, in caso di guasto, venga ridotta al minimo; il criterio seguito prevede, per gli ambienti particolari quali sale operatorie, terapie intensive, ecc. la realizzazione del "nodo" di impianto locale, cioè l'installazione nei vari ambienti di quadri specifici, strutturati in modo diverso a seconda della destinazione dei locali, selettivi rispetto al quadro di piano o di zona. Tale criterio consente anche di semplificare il quadro di zona stesso, riducendo il numero di aree alimentate e quindi il numero di apparecchiature installate;
- frazionamento e articolazione delle reti elettriche e diffusione capillare di una rete in continuità assoluta per le "utenze informatiche" e di una rete in continuità assoluta per le "utenze medicali", per garantire la massima flessibilità di installazione di apparecchi utilizzatori, sia che si tratti di apparati che richiedono una elevata potenza, sia che si tratti di apparecchiature elettroniche che richiedono un'alimentazione stabilizzata immune da disturbi;
- sicurezza degli impianti, sia contro i pericoli derivanti a persone o cose dall'utilizzazione dell'energia elettrica, sia in termini di protezione nel caso di incendio o altri eventi estranei all'utilizzazione dell'energia elettrica;
- elevato grado di funzionalità e di comfort per gli addetti, ottenuto con una scelta opportuna dei livelli di illuminamento e degli apparecchi illuminanti e soprattutto con una attenta progettazione degli impianti di comunicazione e sicurezza.

Distribuzione dei posti letto

Per il dimensionamento del nuovo corpo di fabbrica si è fatto riferimento alla programmazione dei posti letto definiti con il DCA 103/18 e ai posti letto di Terapia Intensiva di cui alla DGRC 378/20 e s..m.i.

Il nuovo ospedale avrà una dotazione di complessivi n. 154 PL, quale somma della dotazione prevista dal succitato DCA 103 (n. 116 PL), e da ulteriori n. 38 PL, originariamente programmati in altri presidi ospedalieri della stessa ASL Caserta ma mai attivati.

S'intende procedere, dunque, ad una rimodulazione nell'ambito dell'ASL Caserta, nel rispetto dei PL complessivamente assegnati alla stessa Azienda Sanitaria.

La programmazione di cui al DCA n.103/2018, come da allegato C3, riporta per l'ospedale in oggetto n. 116 posti letto, comprensivi di n. 4 PL di terapia intensiva assegnati dalla DGRC n. 378/2020.

Per rendere efficiente ed efficace la struttura, anche in relazione ai bisogni della popolazione di riferimento, sono stati pianificati n. 154 PL, con un incremento di n. 38 PL. La realizzazione di un nuovo ospedale di 154 PL fa capo ad un riequilibrio territoriale dei posti letto lasciando inalterato il numero complessivo dei posti letto dell'intera Asl Caserta come stabilito dal Piano regionale Ospedaliero (1.118 PL).

Per quanto sopra, dunque, l'intervento risulta coerente con la programmazione della rete ospedaliera in conformità agli standard del DM 70/2015.

PO Santa Maria Capua Vetere	
Chirurgia Generale	20
Cardiologia	10
UTIC	4
Medicina Generale	20
Ortopedia e Traumatologia	20
Terapia Intensiva	4
Terapia sub-intensiva	0
Gastroenterologia	6
Pneumologia	10
Recupero e riabilitazione funzionale	32
Lungodegenza	28
	154

Cronoprogramma

Stima dei tempi per la realizzazione dell'intervento è riportata di seguito:

- Progettazione gg. 360
- Affidamento lavori gg. 180
- Esecuzione gg. 1.200
- Attivazione gg. 180

Costo dell'intervento

Il costo complessivo del progetto è pari a € 92.000.000,00 così distinto:

QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO			
A LAVORI E SERVIZI IN APPALTO			Euro
a.1	LAVORI IN APPALTO Soggetti a Ribasso (al netto degli oneri di sicurezza aggiuntivi)		€ 62.000.000,00
a.2	ONERI DI SICUREZZA AGGIUNTIVI Non soggetti a ribasso (in ragione del 3% dell'importo lavori)		€ 1.860.000,00
A1- TOTALE LAVORI (a.1+a.2+a.3)			€ 63.860.000,00
B SOMME A DISPOSIZIONE DELLA STAZIONE APPALTANTE			Euro
b.2	Lavori in economia esclusa dall'appalto, rimborsi previa fattura (IVA esclusa)		€ 478.950,00
b.2	Oneri di conferimento a Discarica - smaltimenti rifiuti (circa 28.000 mc da strutture equivalenti a circa 36.000 ton x costo unitario medio x 144€/t - IVA esclusa)		€ 360.000,00
b.3	Ricavi, accertamenti e indagini (IVA esclusa)		€ 100.000,00
b.4	Allacciamenti ai pubblici servizi (rete fognaria, rete idrica, rete gas) (IVA esclusa)		€ 1.000.000,00
b.5	Imprevisti (IVA esclusa)		€ 2.991.761,09
b.6	Acquisizione zone o irroboli e pertinenti indennità		€ 0,00
b.7	Incentivi ex art.113 D.Lgs 50/2016 (1,2% di A1)		€ 766.320,00
b.8	Spese tecniche necessarie attività preliminari, alle conferenze di servizi, progettazione (tutte le fasi) + PSC, direzione lavori e al coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione, all'assistenza giornaliera a coerenza. Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale		€ 5.108.800,00
b.9	Spese per attività di consulenza e supporto. (Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale)		€ 0,00
b.10	Spese per contenziosi giudiziali. (Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale)		€ 12.000,00
b.11	Spese per pubblicità e ANAC		€ 2.500,00
b.12	Spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dal capitolato speciale d'appalto, collaudi tecnico amministrativi, collaudi statici ed altri eventuali collaudi specializzati. Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale		€ 638.600,00
	b.12.a	Spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dal capitolato speciale d'appalto. Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale	€ 159.650,00
	b.12.b	Spese per collaudi tecnico amministrativi. Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale	€ 319.300,00
	b.12.c	Spese per collaudi statici. Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale	€ 159.650,00
b.13	Spese per acquisto attrezzature sanitarie e medici		€ 5.327.868,85
b.14	Oneri per il Collegio Costruttivo Tecnico (Legge 120/2020). Comprensivo di eventuali oneri per cassa previdenziale		€ 124.000,00
b.15	Demolizioni fabbricati esistenti e bonifica area		€ 1.500.000,00
B - TOTALE SOMME A DISPOSIZIONE DELLA STAZIONE APPALTANTE			€ 18.411.599,94
C I.V.A.			Euro
c.1	I.V.A. lavori (10% di A1+b.5)		€ 6.835.176,11
c.2	I.V.A. spese (22% di b.1+b.2+b.3+b.4+b.12.a+b.13)		€ 1.633.803,15
c.3	I.V.A. per spese tecniche (22% di a.4+b.8+b.9+b.10+b.12.b+b.12.c+b.14)		€ 1.254.401,00
C - TOTALE IVA			€ 9.728.400,26
TOTALE GENERALE DEL PROGETTO (A+B+C)			€ 92.000.000,00

Destinazione d'uso del vecchio ospedale

Sulla scorta del costruito e del contesto in cui si insedia l'attuale Presidio Ospedaliero "Melorio", sono state definite, in via preliminare, le attività sanitarie da allocare / trasferire presso tale struttura. La rifunzionalizzazione risulta essere congrua per diverse attività sanitarie del tipo distrettuali. Nello specifico, la struttura esistente potrà ospitare le attività ambulatoriali attualmente organizzate nell'immobile in locazione ubicato all'incrocio tra via Avezzana e Via Mazzocchi, ovvero Direzione Distretto Sanitario, Ufficio Sanitario, Assistenza Sanitaria di Base (Anagrafe Sanitaria, Attività Amministrativa, CUP-Centro Unico di Prenotazione) e Poliambulatorio Specialistico.

Il "declassamento" dell'attuale struttura, inoltre, consentirà un notevole risparmio di fitti in quanto tale immobile ingloberà le attività attualmente svolte in strutture che non sono di proprietà dell'Azienda. Da una prima istruttoria si prospetta, per l'attuale Presidio Ospedaliero "Melorio", una conversione da struttura ospedaliera a struttura distrettuale, compatibile non solo con l'allocazione delle attuali attività distrettuali ma anche con l'inserimento di un'ulteriore offerta sanitaria. Infine, vi è la possibilità di realizzare un RSA, allocare una Diagnostica per immagini territoriale, nonché di implementare l'attività di Dialisi territoriale e della Farmacia territoriale.

Per quanto concerne la congruità dell'intervento rispetto alle altre fonti di finanziamento, si rappresenta che nell'ASL Caserta il PNRR ha finanziato esclusivamente la realizzazione di strutture territoriali.

B03.2.6 – LAVORI DI AMPLIAMENTO E ADEGUAMENTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO "S. MARIA DELLA PIETA'" DI NOLA

Localizzazione dell'intervento

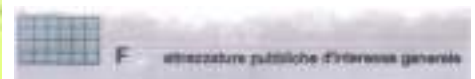
L'intervento interessa l'organismo edilizio sito in Via della Repubblica 7, 80035 Nola (NA) con destinazione d'uso area ospedaliera.

L'area del complesso ospedaliero, denominato "S. Maria della Pietà" è delimitata dalla via comunale Seminario a nord, via Casamarciano ad est e dalla strada vicinale che collega le prime due, ad ovest, formando un triangolo sul cui vertice a sud è posto l'ingresso principale.

Sul lato opposto a questo è ubicato l'ingresso al Pronto Soccorso, mentre sugli altri due lati sono disposti ulteriori due accessi; per la zona servizi ad est, su via Casamarciano e per la zona amministrativa, di direzione ed altre funzioni di supporto ad ovest. L'area del Presidio Ospedaliero, pianeggiante, si trova ad una quota mediamente inferiore rispetto al sistema della viabilità di contorno ad est con la quale si raccorda mediante rampe di accesso. Questa conformazione morfologica è stata probabilmente determinata dalla necessità di disporre un'ampia superficie antistante il volume principale del Presidio Ospedaliero, in quota con l'ingresso principale esterno



Conformità urbanistica





Dall'analisi del PRG del Comune di Nola (NA), approvato con D.P.G.P. n. 125 del 7 giugno 1995 e successive modifiche ed integrazioni, il sito è inquadrato come ZONA DI TIPO F: Attrezzature pubbliche di interesse generale

L'art. 16 delle Norme di Attuazione prevede per queste i seguenti parametri edilizi:

- Indice di fabbricabilità territoriale: 3 .mc/mq;
- Rapporto tra superficie coperta e scoperta: 0,40 mq/mq;
- Altezza massima dei fabbricati: 20 mt;
- Numero massimo dei piani oltre l'eventuale seminterrato: 5 + Piano terra;
- Distanza minima tra i fabbricati pari a quella del fabbricato più alto e minimo 20 ml.
- Distanza dai confini pari alla metà dell'altezza dei fabbricati da realizzare;
- Distanza dei fabbricati o loro pertinenze da strada pubbliche: ml. 8,00.

Descrizione dell'immobile da realizzare

L'intervento prevede la costruzione di un nuovo blocco presso l'Ospedale "S.Maria della Pietà" di Nola. Il progetto consiste nella costruzione di un edificio di ampliamento in connessione con il volume dell'esistente presidio e posto di fronte all'ingresso principale.

Il Nuovo edificio ospiterà tutte le funzioni ospedaliere H24, mentre il vecchio sarà utilizzato prevalentemente per tutte le funzioni diurne, come day surgery, day hospital ecc.

Il volume di ampliamento è costituito da 5 livelli funzionali fuori terra e da un livello interrato per un'altezza totale di circa 28 m; presenta una conformazione planimetrica regolare e simmetrica rispetto ad uno degli assi cartesiani, con superficie di circa 4500 mq a piano. Il progetto prevede la realizzazione di un collegamento a ponte tra i due edifici a livello del primo piano.

Piano Interrato

La maggior parte del piano interrato sarà occupato da parcheggi, destinati agli utenti e agli interni dell'ospedale. Il progetto prevede 106 posti auto di cui 4 posti riservati ai portatori di handicap e 20 per i motocicli.

A questo stesso piano sono presenti il reparto di Radioterapia con due sale, comunicante con il resto dei piani tramite un ascensore dedicato e un bar caffetteria comunicante con il piano della Hall di ingresso.

E' stata prevista anche un'area di carico-scarico per le merci, dotata di depositi di stoccaggio materiale.

Piano Terra

Il piano terra è il livello a cui troviamo tutti gli accessi principali dell'ospedale. Nella parte apicale dell'edificio una bussola immette gli utenti nella Hall principale. Su questa si aprono gli ascensori per il pubblico e una scala elicoidale che distribuisce a tutti i piani.

Dalla hall si può accedere direttamente alla Diagnostica per immagini ed al Pronto Soccorso, la cui camera calda è stata collocata sul lato nord dell'edificio. Il PS è dotato di postazioni triage, box

osservazioni e un proprio reparto di diagnostica. Oltre a queste dotazioni essenziali, è stato inserito anche un Pronto Soccorso pediatrico, dotato di un ingresso protetto.

La distribuzione dei flussi sanitari avverrà tramite 5 montaletti, 3 posti nella parte nord dell'edificio 1 dei quali antincendio, e 2 verso la hall di ingresso, così come per le merci che avranno a disposizione sempre 4 montaletti/montacarichi nelle stesse posizioni.

Oltre alla scala elicoidale nella hall di ingresso, saranno presenti 5 scale di emergenza situate sul perimetro dell'edificio, che garantiscono sia una facile distribuzione in regime normale, sia le necessarie vie di esodo in caso di emergenza.



Piano Primo

Al primo piano si collocano le sale operatorie e tutte le funzioni collaterali a queste. Il reparto Operatorio conta 3 sale operatorie (più una a disposizione per futura espansione) e due sale con angiografo.

Oltre alle sale che occupano tutta l'ala ovest, l'ala est dedicata alle degenze ospita anche il reparto di Terapia Intensiva.

Una chiostra centrale e due laterali aiutano l'illuminazione diretta delle aree più interne. In quella centrale è possibile sostare sulla terrazza a piano.



Piano Secondo

Al secondo livello la chiostra centrale si amplia per poter dare più luce possibile a questo, che è il piano delle degenze.

A questo piano sono presenti le degenze di Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Urologia ed Oncologia. Tutti i reparti saranno dotati dei necessari supporti e di controlli del personale centralizzati.

Il pubblico potrà accedere dagli ascensori e dalle scale elicoidali collegati direttamente con la hall di ingresso, invece sanitari e merci si sposteranno tramite i 9 montaletti posti 5 nella zona posteriore dell'edificio e 4 vicino alla hall, così da permettere flussi omogenei.



Piano Terzo

A questo livello sono presenti le degenze di Medicina Generale , Neurologia e Cardiologia con UTIC.

A livello distributivo, il piano si configura nella stessa maniera del piano secondo.

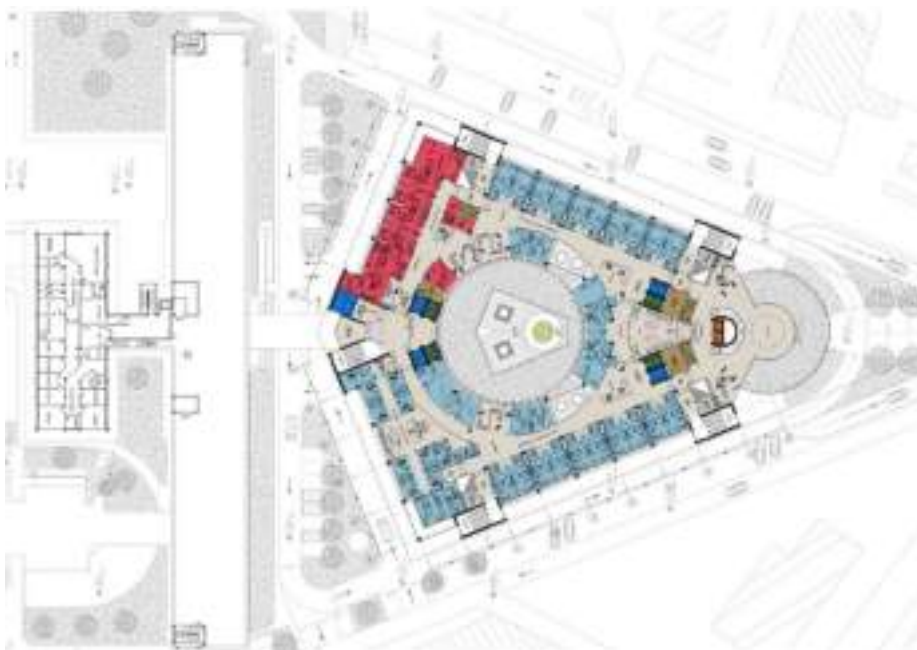


Piano Quarto

Il quarto piano dell'edificio sarà dedicato ai reparti pediatrici e al blocco parto. Quest' ultimo prevede 5 sale travaglio, di cui 1 isolata e 1 attrezzata con la vasca per il parto in acqua, e una sala chirurgica per le emergenze. Il relativo reparto di Ginecologia ed Ostetricia presenta posti letto configurati su camere doppie e singole, con la culla del neonato nella camera stessa.

Il reparto di TIN (terapia Intensiva Neonatale) prevede postazioni raccolte in un'unica stanza e 1 box isolato ed è posto tra il reparto di Ostetricia e il Blocco Parto così da facilitare i flussi tra le varee aree.

Nell'ala est si troverà il reparto di Pediatria con posti letto disposti in camere di degenza singole, tutte dotate del letto per il genitore.

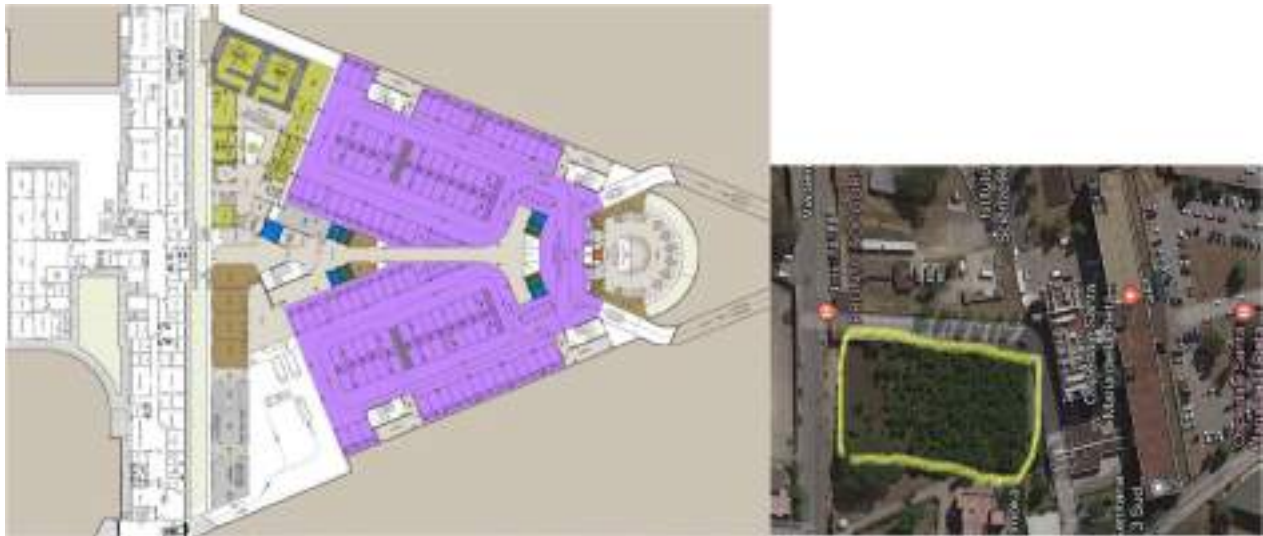


Coperture

Alla copertura si accederà tramite i corpi scale principali che prevedono un punto di arrivo sul tetto. Su di esso saranno inoltre collocate parte delle macchine necessarie all'impianto tecnico.

Parcheggi

Il progetto prevede la realizzazione al grezzo di un parcheggio coperto al piano seminterrato dell'edificio a cui si accederà tramite rampe, della capienza di 106 posti auto e 20 posti per motocicli. Prima e propedeuticamente all'intervento risulterà necessario adibire a parcheggio scoperto l'area attualmente a verde di proprietà regionale nella parte nord. A questa si potrà accedere da Via Seminario, utilizzando anche l'area della palazzina direzionale.





Cronoprogramma dell'intervento

Le fasi per la realizzazione dell'intervento includono anche l'approvazione del progetto definitivo, l'elaborazione del progetto esecutivo e la relativa approvazione, l'affidamento e l'esecuzione dei lavori, il collaudo e l'avviamento; pertanto, la stima dei tempi è la seguente:

-Progettazione	gg.	150
-Affidamento lavori	gg.	180
-Esecuzione	gg.	730
-Attivazione	gg.	180

Costi

Il costo complessivo del progetto è pari a € 80.000.000,00 così distinto:

REGIONE CAMPANIA		
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD		
Realizzazione del nuovo P.O. di Nola		
Quadro Economico del Progetto Definitivo		
A	Importo dell'appalto	€53.686.223,76
A.3	Opere edili	€ 16.512.470
A.4	Opere strutturali	€ 17.657.800
A.5	Impianti meccanici	€ 8.471.754
A.6	Impianti Elettrici e Speciali	€ 9.480.523
A*	Importo dei Lavori a base d'asta	€52.122.547,34
A.8	Oneri della sicurezza non soggetti a ribasso d'asta	€1.563.676,42
B	Somme a disposizione della Stazione Appaltante	€26.313.776,24
B.1	Lavori in economia e rimborsi previa fattura	€500.000,00
B.2	Rilievi, accertamenti ed indagini	€150.000,00
B.3	Allacciamenti ai pubblici servizi	€50.000,00
B.4	Imprevisti ed arrotondamenti	€533.783,52
B.5	Acquisizione aree o immobili e pertinenti indennizzi	€50.000,00
B.6	Accantonamento per adeguamento dei prezzi	€2.684.311,19
B.7	Incentivi per le funzioni tecniche (art. 113 D. Lgs. n.50/2016 e s.m.i.)	€50.000,00
B.8	Spese tecniche progettazione definitiva, esecutiva, CSP, CSE, D.L., collaudi	€6.442.346,85
B.9	Spese per commissioni giudicatrici	€50.000,00
B.10	Spese per pubblicità e per opere artistiche	€20.000,00
B.11	Accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dal capitolato speciale d'appalto	€200.000,00
B.12	Contributi previdenziali sulle Spese Tecniche 4%	€267.693,87
B.13	Arredi ed attrezzature sanitarie	€6.557.377,05
B.14a	I.V.A. sui Lavori al 10%	€5.740.431,85
B.14b	I.V.A. su rilievi, indagini ed allacciamenti al 22%	€44.000,00
B.14c	I.V.A. sulle spese tecniche ed attrezzature al 22%	€2.973.831,91
A+B	Importo complessivo del Quadro Economico	€80.000.000,00

B03.2.7 – REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI CASTELLAMMARE DI STABIA

Con la Delibera di Giunta Regionale n.350 del 13.06.2023 è stata programmata la realizzazione del Nuovo ospedale di Castellammare di Stabia, per un importo di € 180 mln.

Con la Delibera di Giunta Regionale n.367 del 19.06.2023 è stata approvata la proposta regionale del programma di investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico ai sensi dell'art. 20 della L. 67/88 – IV fase. La stessa conferma l'importo di € 180 mln programmato dalla DGR 350 del 13.06.2023 per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Castellammare di Stabia.

Quest'opera, di notevole impatto socio-assistenziale per tutta la popolazione, sarà finanziata con fondi del PR Campania FESR 2021-2027 Azioni 2.1.3, 2.4.4 e 4.5.1, con la possibilità di imputare il finanziamento a valere su ulteriori risorse che si rendessero disponibili nell'ambito della programmazione regionale. L'intervento verrà realizzato a titolarità regionale e l'Ufficio Speciale "Grandi Opere-PNRR" è responsabile dell'attuazione dell'intervento.

Il Nuovo Ospedale di Castellammare verrà realizzato nel compendio immobiliare della SINT S.p.a.. Tale scelta scaturisce dalla necessità di localizzarlo in un'area ben collegata e non densamente abitata oltre alla urgenza di avere una struttura all'avanguardia tra tecnologia e sostenibilità.

Il nuovo ospedale andrà a sostituire il Presidio Ospedaliero San Leonardo di Castellammare di Stabia, afferente alla ASL Napoli 3 Sud, sede di DEA di I livello.

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

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

Analisi dello Stato di Fatto

Il compendio termale, denominato “Nuove Terme”, sorge su un’area complessiva di circa 150.000 mq di cui 20.000 mq coperti, nel comune di Castellammare di Stabia. Il compendio termale è formato da 5 macroaree. Le macroaree oggetto d’intervento sono:

- 1) MACROAREA A - Complesso Balneoterapico
- 2) MACROAREA B - Hotel delle Terme



1. Macroaree oggetto d'intervento

PROPRIETA' S.I.N.T.



Parco Idropinico

Foglio 13 Catasto terreni: part.lla 920 - 904 - 696 Catasto Fabbricati: ipart.lla 377 - 376 - 698 - 378 - 380 - 381 - 382 - 383 - Villa Ersilia: part.lla 217 (Centro congressi e padiglione termale: 5.800mq su 3 livelli f.t. - Villa Ersilia mq. 450 su 2 livelli f.t.)



Complesso termale "Nuove terme"

Foglio 13 Catasto terreni: part.lla 702 Catasto Fabbricati: part.lla 363 - 364 (Padiglione termale circa 28.870 mq su 4 livelli f.t. - Piazzale antistante 7.000 mq - Eliporto mq 500 - Piazzale laterale mq. 2.800 - Piazzale retrostante mq. 3.000 - area vincoli e viali di accesso mq. 1.350)



Hotel delle terme

Foglio 13 Catasto terreni: part.lla 789 Catasto Fabbricati: part.lla 682 (Edificio mq. 7.300 mq su 7 livelli f.t. - aree esterne mq. 18.763 - aree antistante terreno di mq 200 e 2 piscine di mq 500)

PROPRIETA' S.I.N.T. già alienate



Area Parcheggio (alienata nel 2017

-Proprietà Prominvest)

Foglio 13 part.lla 885 - 790 con servitù di passaggio nella part. 702



Area Parcheggio (alienata nel 2017

-Proprietà G.E.A. - S.I.A.S.)

Foglio 13 part.lla 883 - 884 con servitù di passaggio nella part. 702

1) MACROAREA A - Complesso Balneoterapico: costituito da un’area sita a monte della statale 145, di circa mq. 41.650, di cui circa mq.12.500 coperti da fabbricati e circa mq. 29.150 di superficie scoperta. La forma è irregolare e confina a Nord con Viale delle Terme (statale 145), a Ovest con proprietà privata, a Sud con Via Muscogiuri e a Est con Hotel delle Terme. E’ un edificio in cemento armato a copertura piana, che si sviluppa su quattro piani fuori terra più un piano seminterrato, sito a monte della circumvallazione esterna di Castellammare. Tale stabilimento termale era destinato alle cure terapeutiche di fisiokinesiterapia, massaggi, fanghi, inalazioni ed aerosol, dermatologia, ginecologia, cure riabilitative e cure estetiche con centro benessere.

Completano la zona, ampi parcheggi esterni, una zona destinata ad eliporto e una vasta zona a verde per uno spazio complessivo di circa mq. 28.700, così suddiviso:

- Piazzale antistante l'ingresso principale, che veniva usato in parte come parcheggio a pagamento e in parte come area di accesso e manovra per autolinee urbane, per una superficie complessiva di circa mq.7000;
- Piazzale laterale, confinante con il reparto 2° gruppo fanghi, che era destinata a parcheggio a pagamento per autobus, per una superficie di circa mq.2800;
- Piazzale retrostante la balneoterapia, con accesso indipendente, che era destinato a parcheggio auto per il personale, per una superficie di circa mq. 3000;
- Piazzale destinato a parcheggio autobus, tenuto in comodato d'uso gratuito dagli alberghi di via Muscogiuri, sito a monte del piazzale laterale sopradescritto, con ingresso e percorso indipendente, attraverso il viale di accesso dell'Hotel delle Terme, per una superficie complessiva di circa mq. 6000, di cui mq. 3500 di piazzale parcheggio e mq. 2500 di viale di accesso;
- Piazzale antistante il complesso termale, destinato ad eliporto, per una superficie di circa mq. 500;
- Zona tenuta a verde, costituita da scarpate messe a prato e aree giardinate, per una superficie di circa mq.4000;
- Area di svincoli, viali di accesso, camminamenti e zone di rispetto ai fabbricati, per una superficie di circa mq.1350.

Fa parte di questa area, benché separata dalla sottoposta via Monaciello, una grossa area a verde, dalla quale partono due percorsi che in sottopasso accedono direttamente al Parco Idropinico ubicato a valle

della statale 145 (Viale delle Terme), la cui consistenza complessiva è pari a circa mq.5000. In merito, invece, alle condizioni d'uso e di manutenzione dei cespiti e degli impianti, il complesso, nella sua totalità, presenta condizioni di obsolescenza ad eccezione di alcuni reparti su cui erano stati effettuati lavori di manutenzione e ristrutturazione.

Attualmente, a causa dell'inutilizzo del complesso, di vari furti e atti vandalici la struttura si trova in condizioni di degrado e occorrono interventi di ristrutturazione e adeguamento.

Dalle risultanze di studi e di valutazione tecniche, emerge che l'intera area risulta identificata catastalmente dalle particelle 702, 364 e 365 del foglio 13 allegato A del Catasto Terreni del Comune di Castellammare di Stabia



2. Ingresso Terme da eliporto



3. *Vista prospetto Ovest da zona parcheggio*

2) MACROAREA B - Hotel delle Terme: costituito da una vecchia struttura alberghiera (un tempo 4 stelle) con bar, ristorante, due piscine, un campo da tennis e parcheggio autonomo. La struttura ha una capienza complessiva di circa 200 posti letto (105 camere) ed è completamente da ristrutturare perché si trova in uno stato di forte degrado. E' costituita da un'area sita a monte della statale 145, di circa mq. 21.400, di cui circa mq. 2.500 coperti da fabbricati e piscine e circa mq. 18.900 di superficie scoperta. La forma è irregolare e confina a nord con il Viale delle Terme (statale 145), a ovest con la Balneoterapia, a sud con proprietà albergo Europa e con via Muscogiuri, e a est con il vallone Cannetiello.

L'area risulta identificata catastalmente dalle particelle 682,703 e 789 del foglio 13 allegato A del Catasto Terreni del Comune di Castellammare di Stabia.

Inquadramento territoriale e urbanistico

Strumentazione Urbanistica – situazione attuale

- Lo strumento urbanistico vigente è il Piano Regolatore Generale;
- Con Delibera di Giunta Comunale n. 6 del 09.02.2022 è stata adottata la proposta di Piano Urbanistico Comunale;
- Aggiornamento proposta di PUC post osservazioni Delibera n. 175 del 24.11.2022.

Come previsto dall'art. 3 del Regolamento n.5/2011, dalla data di adozione del PUC scattano le misure di salvaguardia previste all'art. 10 della L.R. n. 16/2004 e s.m.i.

Dall'inquadramento territoriale e urbanistico emerge una zonizzazione dell'area oggetto d'intervento tale da richiedere una variante agli strumenti urbanistici. Si precisa che in caso di approvazione del PUC tale variante riguarderà solo quest'ultimo.

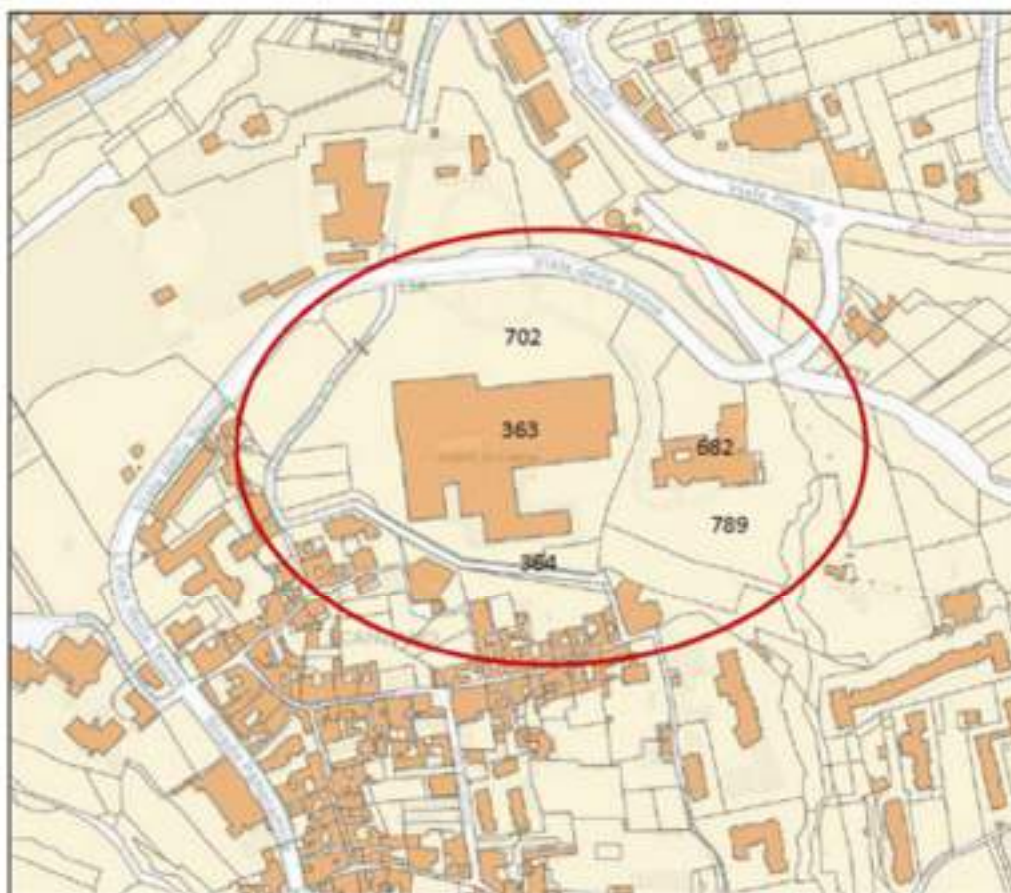


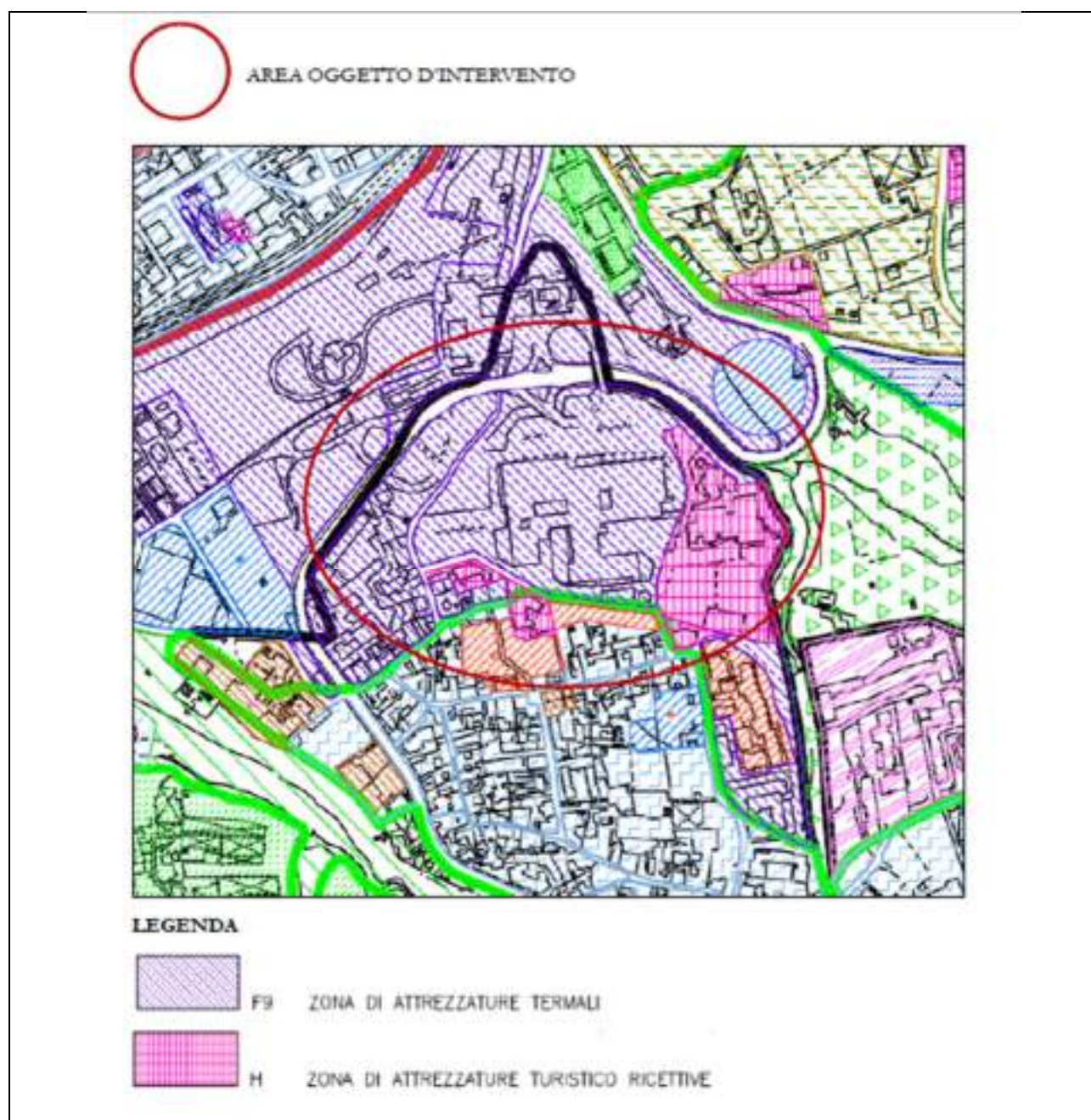


Fg. 13 p.la 363,364,702 graffata

Fg. 13 p.la 682 graffata 703

Fg. 13 p.la 789







LEGENDA

SISTEMI FUNZIONALI E SOTTOSISTEMI

Sistema dei luoghi centrali

 le attrezzature del turismo

DESTINAZIONI D'USO

 Attività turistico ricettive

 Servizi per l'assistenza socio sanitaria

ZONE TERRITORIALI OMOGENEE (DM 1444/65)

 le parti del territorio destinate a nuovi insediamenti per impianti industriali o ad essi assimilati

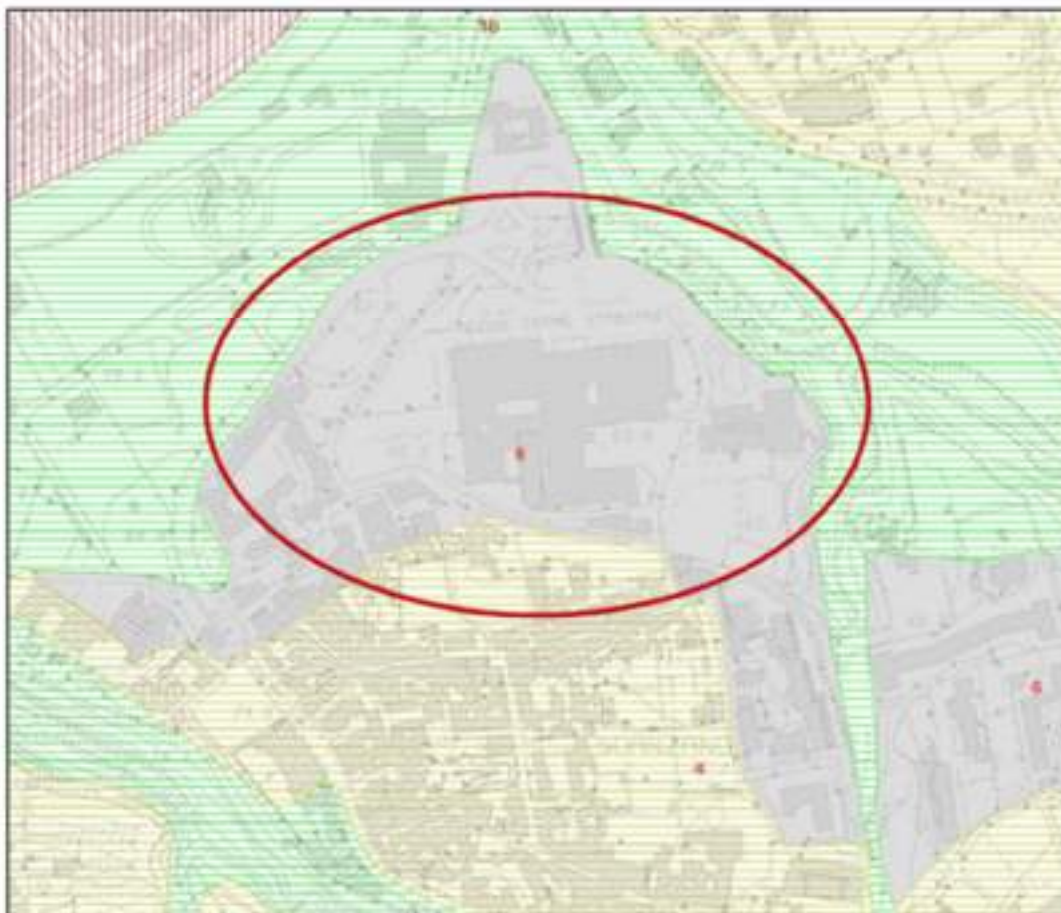


AREA OGGETTO D'INTERVENTO

ZONA TERRITORIALE 6 (Art. 17 N.T.A. P.U.T)

Urbanizzazioni sature

Comprende prevalentemente le espansioni residenziali recenti, di scarso valore ambientale, da considerare sature ai fini residenziali.





LEGENDA

AREE DI APPLICAZIONE DEL D.LGS. 42/2004, ART. 136

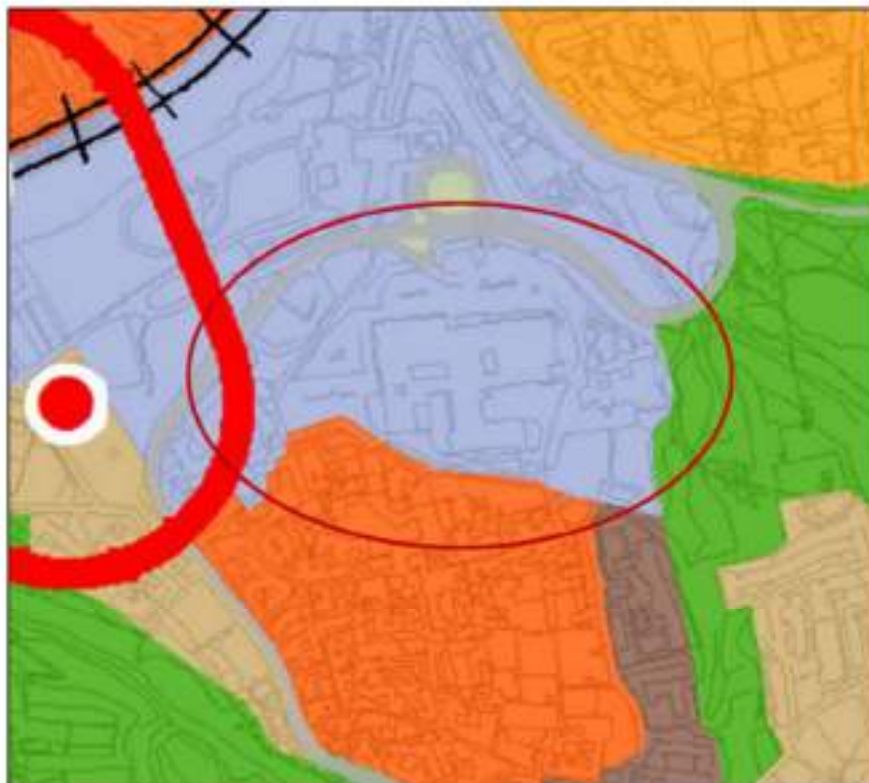
 AREE DI NOTEVOLE INTERESSE PUBBLICO

N.B.: Vincolo istituito con **Decreto ministeriale 28 Luglio 1965** ai sensi della Legge n. 1497/39

P.T.C. – Aree di cui agli artt. 136 e 142 del D.Lgs. 42/2004



AREA OGGETTO D'INTERVENTO

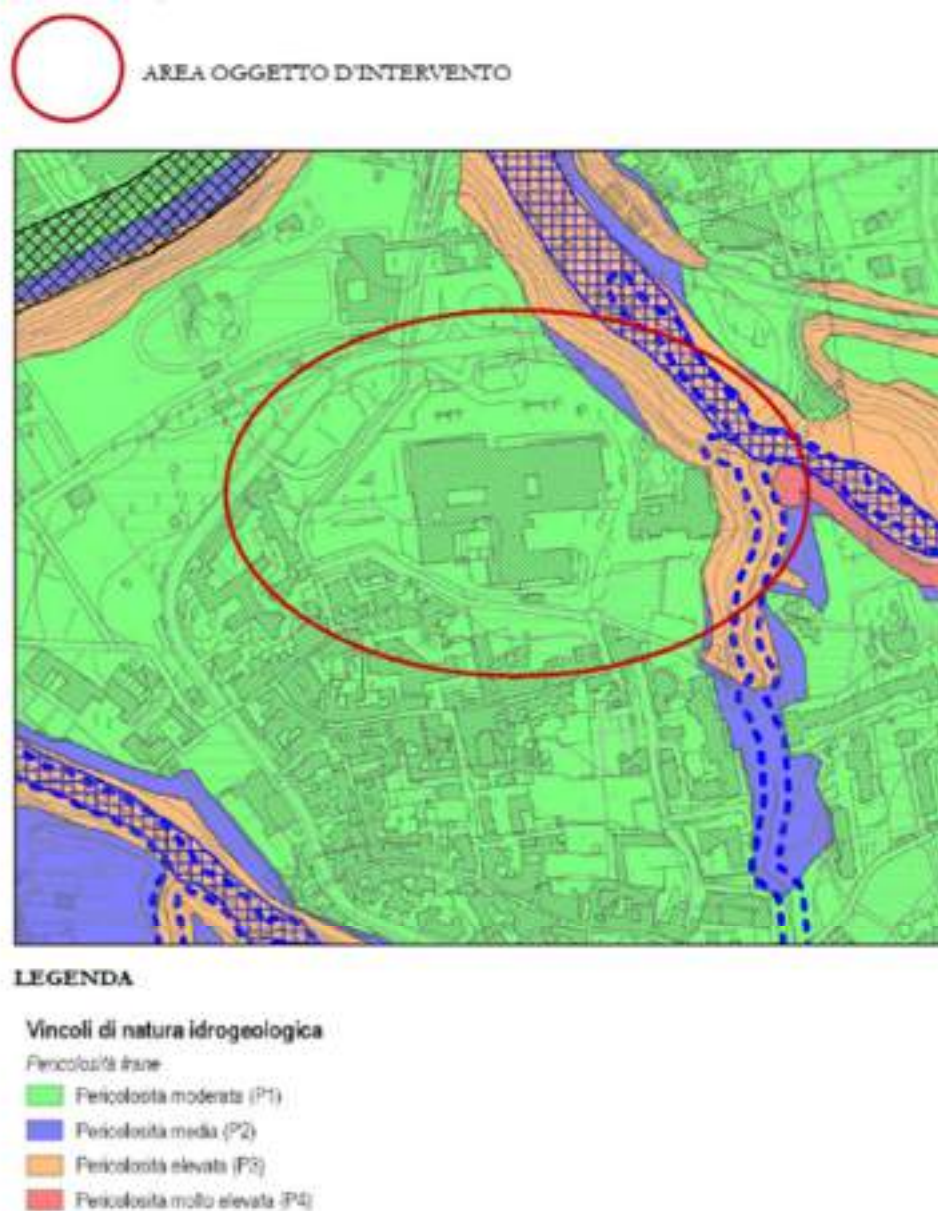


LEGENDA

AREE E COMPONENTI DI INTERESSE URBANO



ART. 56 AREE E COMPLESSI PER SERVIZI E ATTREZZATURE PUBBLICHE SOVRAMUNICIPALI



La quasi totalità dell'area oggetto d'intervento è a pericolosità da frane moderata (P1), nei pressi del confine Orientale è presente una piccola zona a pericolosità da frane media ed elevata (P2 e P3).



LEGENDA

ZONE STABILI SUSCETTIBILI DI AMPLIFICAZIONI LOCALI



Zona 2

Sabbie limose; ghiaie pulite con granulometria da poco assortita a ben assortita e ghiaie limose, miscela di ghiaia, sabbia e limo, di origine proclastico-alluvionale, poggianti sul substrato lapideo stratificato fratturato e alterato.
Coefficiente Topografico: T1
Categoria di Sisma: C e B



Zona 3

Sabbie pulite con granulometria poco assortita di spiaggia e duna antica; sabbie da limose a ghiaiose e ghiaie limose, miscela di ghiaia, sabbia e limo, di origine proclastico-alluvionale, poggianti sul substrato lapideo stratificato fratturato e alterato.
Coefficiente Topografico: T1
Categoria di Sisma: C

ZONE SUSCETTIBILI D'INSTABILITA'



Zone d'instabilità di versante per colata - quiescente

Il Presidio Ospedaliero Esistente

Il Presidio Ospedaliero di Castellammare di Stabia, afferente all'ASL Napoli 3 Sud, è sede di DEA di I livello e, pertanto, di numerose attività specialistiche e diagnostiche, per un totale di 221 posti letto. Il P.O. ha funzione di spoke nella rete Ictus, hub nella rete cardiologica, PST nella rete traumatologica, spoke I nella terapia del dolore, spoke II rete emergenze pediatriche. La disciplina di Oncologia non viene programmata in quanto garantita dal Polo Oncologico di Torre del Greco.

A fronte della importanza e della complessità del ruolo svolto, l'ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia si trova da anni in situazione di grave criticità organizzativa, quasi interamente riferibile alle problematiche correlate all'assetto strutturale e della logistica:

- Carenza grave di spazi per le attività assistenziali e di supporto, che rendono difficile il mantenimento di adeguati livelli di assistenza e limitano la possibilità di introduzione di nuove tecnologie, terapie avanzate e nuovi specifici percorsi assistenziali, tanto a fronte delle mutate esigenze derivanti dalla tipologia della domanda, dagli aspetti normativi, di sicurezza e di umanizzazione delle cure;
- Le attività sono concentrate nel presidio ubicato in una area altamente congestionata e al proprio interno, la struttura ha raggiunto da tempo i limiti edificatori imposti dalle vigenti normative edilizie comunali che rendono estremamente difficoltosi gli adeguamenti normativi, sia strutturali che impiantistici, impedendone di fatto l'incremento dei servizi sanitari alla popolazione;
- Ai fini dell'assetto della complessiva rete regionale di offerta sanitaria l'attuale configurazione non consente la piena integrazione, anche strutturale, con altre attività specialistiche presenti in altre aziende;
- Nell'attuale assetto non sono opportunamente garantibili tutti i percorsi di umanizzazione delle cure, che costituiscono il marchio specifico di una evoluta assistenza pediatrica, e che prevedono spazi per il gioco, la scuola, l'accoglienza dei genitori ed ambienti di cura, ampi, moderni e confortevoli.

Il Nuovo Ospedale – Quadro Esigenziale

Facendo seguito all'istruttoria dell'ASL Napoli 3 Sud, trasmessa a mezzo e-mail in data 13.06.2023 si rappresenta che il Nuovo Ospedale sarà dotato di:

- Reparti di degenza, organizzati secondo un modello per aree funzionali a diversa intensità assistenziale sia per acuti che per lungodegenti;
- Pronto Soccorso con Osservazione Breve Intensiva, shock room, sala chirurgica per gli interventi di emergenza e spazi dedicati per la gestione di pazienti potenzialmente infetti;
- Blocco Operatorio, costituito dal almeno sei sale, di cui una attrezzata per l'emodinamica, una per la chirurgia robotica, una per la neuroradiologia e radiologia interventistica, mentre le restanti per gli interventi in elezione;
- Blocco Parto, dotato di sala operatoria ubicata nelle immediate vicinanze della sala parto con spazi destinati alla P.M.A.

Vi saranno, infine, spazi destinati per:

Attività ambulatoriali, day hospital e day surgery (con due sale operatorie dedicate), diagnostica per immagini, servizio di sterilizzazione, medicina di laboratorio, anatomia patologica, servizi immunotrasfusionali e dialisi, medicina nucleare, servizio mortuario, farmacia ospedaliera e radiofarmacia, percorsi fisico-riabilitativi FKT, centrale operativa 118, direzione sanitaria ed amministrativa, spogliatoi, etc.

Per quanto attiene all'articolazione delle degenze (chirurgiche, intensive care, high care, low care, mediche, degenze diurne mediche, ecc.), saranno individuate due vie di accesso a ciascun reparto, con ingressi separati per visitatori e degenti, serviti da punti di connessione verticali distinti e dedicati. Ogni area di degenza sarà completata dai servizi di reparto prescritti dalle normative sull'accreditamento. Le camere di degenza saranno a due posti letto, dotate di servizi igienici e pareti

mobili per assicurare la privacy dei pazienti, o ad un posto letto (nella misura del 10%) dotate sempre di servizio igienico annesso.

Particolare attenzione sarà dedicata allo studio degli accessi e dei percorsi all'interno del nosocomio per i degenti, i visitatori, il personale sanitario ed i servizi connessi alla funzionalità della struttura (vitto, biancheria, manutenzione, etc.). In tal modo si cercherà di garantire la sicurezza, contenendo i rischi correlati all'assistenza stessa (infezioni nosocomiali, cadute dal letto, appropriatezza clinica).

Inoltre, affinché l'ospedale sia a tutti gli effetti un luogo di inclusione, sarà reso completamente accessibile dal punto di vista fisico e sensoriale, con un sistema di comunicazione e di wayfinding che faciliti l'orientamento al suo interno e con percorsi assistenziali dedicati alla disabilità.

Per la progettazione del Nuovo Ospedale saranno rispettati i principi e le pratiche di green building (bioedilizia), utilizzando materiali e tecnologie a basso impatto ambientale che garantiscano livelli adeguati di comfort ambientale e contribuiscano alla transizione ecologica attraverso la mitigazione degli agenti climateranti. Inoltre, l'edificio sanitario, in quanto sano, contribuirà anche a promuovere la salute garantendo, ad esempio, la walkability, la possibilità di fruire di spazi verdi interni ed esterni e le relazioni sociali di pazienti, accompagnatori e staff anche realizzando ambienti dedicati.

L'ospedale dovrà, infine, essere "resiliente", adattandosi e resistendo ai cambiamenti correlati all'evoluzione delle esigenze sanitarie, e quindi "flessibile", mediante l'adattamento delle funzioni e delle destinazioni d'uso degli spazi, considerando anche la possibile modifica di questi ultimi.

In seguito all'istruttoria dell'ASL Napoli 3 Sud, trasmessa a mezzo e-mail in data 13.06.2023 si rappresenta il seguente quadro esigenziale:

- a) In attuazione della programmazione di cui al D.M. 70/2015 e del DCA 103/2018, l'ospedale prevede 221 posti letto così ripartiti:

Macroarea NA3		
PRESIDIO OSPEDALIERO CASTELLAMMARE DI STABIA		
Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	DCA 103/2018
Discipline con Posti Letto		
08	Cardiologia	12
09	Chirurgia Generale	18
21	Geriatria	-
26	Medicina Generale	8
29	Nefrologia	8
30	Neurochirurgia	-
32	Neurologia	14
34	Oculistica	7
36	Ortopedia e Traumatologia	20
37	Ostetricia e Ginecologia	24
38	Otorinolaringoiatria	8
39	Pediatria	14
40	Psichiatria	18
43	Urologia	10
49	Terapia Intensiva	10
50	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	8
51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	18
62	Neonatologia	6
68	Pneumologia	8
73	Terapia Intensiva Neonatale	10
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		221

Ripartizione posti letto D.M 70/2015 e DCA 103/2018

b) In attuazione del DGR 378/2020 è previsto un differenziale di 2 posti letto di terapia intensiva

Macroarea NA3		
PRESIDIO OSPEDALIERO CASTELLAMMARE DI STABIA		
Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	DGR 378/2020
Discipline con Posti Letto		
08	Cardiologia	-
09	Chirurgia Generale	-
21	Geriatria	-
26	Medicina Generale	-
29	Nefrologia	-
30	Neurochirurgia	-
32	Neurologia	-
34	Oculistica	-
36	Ortopedia e Traumatologia	-
37	Ostetricia e Ginecologia	-
38	Otorinolaringoiatria	-
39	Pediatria	-
40	Psichiatria	-
43	Urologia	-
49	Terapia Intensiva	2
50	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	-
51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	-
62	Neonatologia	-
68	Pneumologia	-
73	Terapia Intensiva Neonatale	-
TOTALE DIFFERENZIALE DGR 378/2020		2

Differenziale posti letto DGR 378/2020

- c) Al fine di tenere in conto della nuova programmazione aziendale dell'ASL Napoli 3 Sud che prevede una nuova distribuzione di posti letto tra i vari presidi ospedalieri, il progetto del nuovo ospedale prevederà anche i seguenti posti letto in differenziale, anche in riferimento alla lungodegenza e alla riabilitazione, così ripartiti:

Macroarea NA3		
PRESIDIO OSPEDALIERO CASTELLAMMARE DI STABIA		
Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	NUOVA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DA ADOTTARE
Discipline con Posti Letti		
08	Cardiologia	-
09	Chirurgia Generale	2
21	Geriatria	10
36	Medicina Generale	12
29	Nefrologia	-
30	Neurochirurgia	10
32	Neurologia	2
34	Oculistica	2
36	Ortopedia e Traumatologia	-
37	Occlusiva e Ginecologia	+
38	Otorinolaringoiatria	-2
39	Pediatria	+
40	Pneumologia	-
42	Urologia	4
49	Terapia Intensiva	-
50	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	-
51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	12
62	Rimatology	+
68	Pneumologia	-8
73	Terapia Intensiva Neonatale	+
TOTALE PER ACUTI		37
56	Recupero e riabilitazione funzionale	24
60	Lungodegenza	24
75	Neuro-riabilitazione	10
TOTALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		64
TOTALE DIFFERENZIALE NUOVA PROGRAMMAZIONE		101

Differenziale posti letto nuova programmazione

d) Il **progetto** del Nuovo Ospedale prevede anche discipline per cui non sono previsti posti letto:

Macroarea NA3		
PRESIDIO OSPEDALIERO CASTELLAMMARE DI STABIA		
Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	PRESENZA
Discipline senza Posti Letto		
S10	Centrale Operativa 118	SI
S13	chirurgia ambulatoriale day service	SI
S16	Dialisi	SI
S19	Direzione Sanitaria di presidio	SI
S23	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)	SI
S26	Farmacia ospedaliera	SI
S29	FKT - percorsi fisico-riabilitativi	SI
S3	Anatomia e Istologia patologica	SI
S36	Laboratorio di analisi	SI
S41	Medicina Nucleare (senza posti letto)	SI
S55	Patologia Clinica	SI
S58	pronto soccorso e obi	SI
S65	Sala operatoria	SI
S70	Servizio trasfusionale	SI
S75	Radiologia senza pl	SI

Discipline senza posti letto

Il Nuovo Presidio Ospedaliero di Castellammare di Stabia prevede 309 pp.II. A tale dotazione concorrono 221 pp.II. programmati dal DCA 103/2018, a cui si aggiungono 2 pp.II. di terapia intensiva di cui alla DGRC 378/2020, ed 86 pp.II. previsti dal succitato DCA per lo stabilimento di Gragnano, attualmente già in fase di riconversione a struttura territoriale.

Al collaudo del nuovo ospedale conseguirà, dunque, la disattivazione del PO di Castellammare di Stabia e del PO di Gragnano.

L'attuale Presidio Ospedaliero "San Leonardo" è destinato ad essere convertito in una struttura territoriale tale da assicurare i servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e al Dipartimento delle Dipendenze, attualmente erogati presso immobili in fitto passivo sullo stesso territorio di Castellammare di Stabia. Lo Stabilimento di Gragnano, ai sensi del DM n.77 / 2022 e della programmazione regionale per l'attuazione della Missione 6 componente 1 del PNRR, al fine di soddisfare i bisogni sanitari territoriali della popolazione residente, come sopra evidenziato, sarà riconvertito in Ospedale di Comunità, Centrale Operativa Territoriale e Casa della Comunità, come da Deliberazione ASL Napoli 3 Sud n.438 del 19/05/ 2022, e sarà deputato all'erogazione di altri servizi territoriali ambulatoriali e di pertinenza farmaceutica.

Mobilità e Accessibilità

L'attuale P.O. San Leonardo di Castellammare di Stabia è allocato in una zona densamente abitata e subisce le costanti condizioni di traffico veicolare che non consentono una adeguata risposta sanitaria alle esigenze della popolazione.

Il Nuovo Ospedale di Castellammare di Stabia sarà realizzato in una zona periferica rispetto al centro città, dotata di ampi spazi per parcheggi e soprattutto vicina agli svincoli autostradali, in modo da garantire elevati standard di qualità in termini di accessibilità.

L'intervento comporterà trasformazioni adatte alle caratteristiche del territorio, alla sua storia, alla sua natura, alla sua comunità.



SISTEMI FUNZIONALI E SOTTOSISTEMI

Sistema della mobilità



ferrovia



strade di attraversamento (classe A - CdS)



strade di scorrimento veloce (classe D - CdS)



strade urbane di scorrimento (classe D - CdS)



strade urbane di scorrimento lento (classe D - CdS)



strade urbane di quartiere (classe E - CdS)



strade urbane locali (classe F - CdS)



strade pedonali (classe Fbis - CdS)

2

Individuazione possibili alternative progettuali

Si analizzano le possibili alternative al fine di individuare quella rispondente agli obiettivi prefissati, valutandole in funzione dell'aspetto economico, ambientale e sociale.

La prima possibilità di intervento è la ristrutturazione dell'attuale P.O. San Leonardo di Castellammare di Stabia.

La struttura è ormai obsoleta e in forte stato di deterioramento, non in grado di garantire elevati standard di qualità necessari per svolgere una moderna attività medico-assistenziale, anche per la limitatezza degli spazi e per la presenza di problemi strutturali. Sarebbero necessari importanti interventi di adeguamento sismico, efficientamento energetico, adeguamento funzionale, adeguamento antincendio, sostituzione e potenziamento degli impianti esistenti.

Tutti gli interventi sarebbero limitati dalla conformazione della struttura esistente e comporterebbero un rapporto tra i costi da sostenere e i benefici derivati non adeguato.

Altro parametro a sfavore di una ristrutturazione è il tema della mobilità e accessibilità precedentemente trattato, e la impossibilità di effettuare un adeguamento sismico con le attività sanitarie in corso.

La ristrutturazione radicale oltre che di difficile realizzazione da un punto di vista puramente materiale, è economicamente svantaggiosa.

La seconda possibilità è di delocalizzare l'ospedale nel sito delle "Nuove Terme" (Macroarea A e B), recuperando il patrimonio edilizio esistente nell'area.

Le strutture che risentono del processo di progressiva obsolescenza, in disuso da circa 20 anni, sono in uno stato di degrado tale da comportare importanti interventi di ristrutturazione ed adeguamento sismico. Inoltre il layout della struttura dei fabbricati presenti nell'area, destinati ad usi diversi da quello oggetto di questa relazione, non è adeguato ad ospitare funzioni sanitarie in grado di soddisfare i bisogni assistenziali del territorio.

La terza possibilità è quella di demolire gli edifici presenti nelle Macroaree A e B (Complesso Balneoterapico e Hotel delle Terme) e realizzare il Nuovo Ospedale di Castellammare di Stabia ex-novo.

La nuova struttura oltre alle favorevoli caratteristiche della zona individuata per la sua realizzazione, alla facile accessibilità e mobilità, e, alla possibilità di elevare la qualità dell'offerta sanitaria, potrà consentire l'adeguamento all'evoluzione dei bisogni sanitari, alla necessità di riorganizzazione e alla valorizzazione della rete ospedaliera esistente nella Provincia di Napoli.

Si evidenzia che è presente la sola analisi urbanistica perché, al momento, la Regione non è in possesso di un progetto ma solo di un documento di indirizzo alla progettazione che contiene gli elementi principali dell'opera. La Regione Campania sta predisponendo gli atti per la pubblicazione della gara di progettazione che verrà bandita entro il 2023.

La progettazione dell'intervento è finanziata con risorse ex programmazione FSC 2021/2027.

Principi ispiratori dell'opera

Gli assi ispiratori dell'opera sono:

- Orientamento alla umanizzazione, al rispetto dei tempi, degli spazi in tutte le fasi della cura, attraverso ambienti multipli e confortevoli con attenzione diffusa all'accoglienza in tutti i luoghi e percorsi.
- Individuazione di spazi per le diverse aree di cura e tipologia di attività.
- Cura dei percorsi, dei colori, dei suoni, del verde e dell'ambiente.
- Ecosostenibilità e uso razionale dell'energia, anche con quote autoprodotte.
- Integrazione con il territorio comunale.

Funzionalmente va altresì considerato che:

- Va privilegiata, anche al fine della chiarezza dei percorsi, la peculiarità di struttura, di forma e di arredo/decoro per le aree a diversa funzione;
- Va posta particolare cura alla definizione dei percorsi di integrazione tra le aree di cura e quelle della diagnostica, riducendo al minimo necessario lo spostamento fisico di pazienti e operatori;
- Va prevista la modulabilità delle aree di degenza, sulla base dei diversi carichi di lavoro, che possono avere ciclo stagionale o essere sottoposti a particolari stress operativi per eventi eccezionali;
- I percorsi "immateriali" devono prevedere la totale interconnessione (cavi, cloud, reti wireless) ed integrazione, per il transito delle informazioni cliniche ed anagrafiche, anche da e verso il paziente assistito al proprio domicilio, secondo i principi:
Telemedicina e teleconsulto, Just in time, Real time, Disintermediazione e Paperless.

Stima Sommaria dei Costi

I costi previsti per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Castellammare di Stabia sono di € 180 mln sulla base di stime previsionali che potrebbero variare in relazione alle evoluzioni progettuali.

L'importo di € 180 mln programmato dalla DGR n. 350 del 13.06.2023 e confermato dalla DGR n. 367 del 19.06.2023 è finanziato:

- Per € 118.750.000,00 quale quota a carico dello Stato, ai sensi dell'art. 20 della L. 67/88;
- Per € 61.250.000,00 a valere sul PC Campania FESR 2021-2027;

QUADRO ECONOMICO NUOVO OSPEDALE DI CASTELLAMMARE DI STABIA	
A - Importo dei lavori e delle forniture	
A.1 - Lavori	105.000.000,00 €
A.2 - Oneri per la sicurezza 3%	3.150.000,00 €
TOTALE A	108.150.000,00 €
B - Somme a disposizione dell'amministrazione	
B.1 - Acquisizioni aree e immobili	13.500.000,00 € *
B.2 - Rilievi, accertamenti e indagini	
B.1.1 - Rilievi	36.000,00 €
B.1.2 - Accertamenti e indagini	72.000,00 €
B.3 - Allacciamento ai pubblici servizi (iva inc.)	720.000 €
B.4 - Acquisto attrezzature sanitarie	19.000.000,00 €
B.5 - Spese tecniche	
B.5.1 - Progettazione e verifiche	13.200.000,00 €
B.5.2 - Direzione lavori e sicurezza	3.675.000,00 €
B.5.3 - Collaudo tecnico amministrativo, statico, collaudi specialistici	1.260.000,00 €
B.6 - Incentivi max 2% su importo lavori	2.100.000,00 €
B.7 - Consulenze	420.000,00 €
B.8 - Imprevisti 5%	5.250.000,00 €
B.9 - Spese di gara e pubblicità	119.566,00 €
B.10 - IVA ed oneri	
B.10.1 - IVA 10%	12.715.000,00 €
B.10.2 - Contributo cassa 4%	550.200,00 €
B.10.3 - IVA 22%	4.045.734,00 €
TOTALE B	71.850.000,00 €
TOTALE COMPLESSIVO (A+B)	180.000.000,00 €

- Importo massimo disposto dalla DGR n. 350 del 13.06.2023

Si sottolinea che il costo complessivo dell'intervento è comprensivo della demolizione dei fabbricati presenti e degli oneri di acquisto delle aree. Tanto premesso, si rappresenta che il costo parametrico del nuovo ospedale è in linea con l'attuale andamento del mercato delle costruzioni. Il dato fornito rappresenta una stima del valore dell'intervento che potrà essere consolidato (in aumento o diminuzione) solo all'esito della PFTE.

Cronoprogramma

Ai fini dell'attuazione, si prevede il seguente cronoprogramma:

Settembre 2023: Pubblicazione gara progettazione (Progetto di fattibilità tecnica ed economica).

Novembre 2023: Pubblicazione gara per la demolizione.

Febbraio 2024: Inizio lavori di demolizione

Marzo 2024: Pubblicazione gara lavori e servizi (Appalto Integrato).

Luglio 2024: Fine lavori di demolizione.

Settembre 2024: Inizio lavori

Settembre 2026: Fine lavori

Novembre 2026: Attivazione Nuovo Ospedale di Castellammare