regione campania
aslnapoli3sud

SEDE LEGALE
VIA MARCONI, N. 66 – 80059 TORRE DEL GRECO
DIREZIONE GENERALE
Tel. 081 8490645 – Fax 081 8826025
PROTOCOLLO@PEC.ASLNAPOLI3SUD.IT

Ospedale Unico Penisola Sorrentina

" Studio di Fattibilità "

(Aggiornamento al giugno 2018)

Il Direttore del
Servizio Tecnico Area Sud
(ing. Antonio Frappola)

PREMESSA

I Sindaci dei comuni di Vico Equense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento, Massa Lubrense e Positano hanno dichiarato la propria condivisione per la realizzazione dell'**Ospedale unico della Penisola Sorrentina e Costiera Amalfitana**, a mezzo di una lettera indirizzata al Presidente prot-tempore della Giunta Regionale Caldoro al Sub-Commissario Governativo Zuccatelli, al Consigliere per la Sanità Calabrò, al Presidente della V Commissione Sanità Schiano, inviata per conoscenza al Commissario Straordinario ASL NA 3 Sud Russo.

Il documento, datato **2 febbraio 2010**, evidenzia l'inadeguatezza dell'attuale servizio sanitario locale e del sistema degli Ospedali Riuniti della Penisola Sorrentina, che comprende l'ospedale S.M. della Misericordia di Sorrento e l'ospedale De Luca e Rossano di Vico Equense.

La scelta dell'Ospedale Unico discende dalla volontà di condividere gli obiettivi indicati dalla Regione Campania garantendo una decisa riqualificazione dei servizi sanitari dell'ambito territoriale di riferimento.

Nella nota dei sindaci si mettono in rilievo gli elementi caratterizzanti del territorio amministrato, evidenziando:

- le particolari **caratteristiche geomorfologiche** della Penisola Sorrentina, con una tortuosa rete viaria e la presenza di un solo asse di collegamento con l'area metropolitana di Napoli e la rete autostradale, che risulta quasi sempre congestionato da intensi volumi di traffico e rende difficoltoso il raggiungimento dei principali presidi ospedalieri quali il vicino Ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia. Anche i collegamenti interni alla penisola sono rallentati da caratteristiche della rete stradale inadeguata ai volumi di traffico;
- l'aumento di **malattie croniche** riscontrato dagli operatori sanitari locali richiede un adeguamento dell'offerta di servizi sanitari che tenga conto dell'invecchiamento della popolazione.

La principale carenza riscontrata nell'attuale sistema ospedaliero viene individuata nell'insufficiente risposta alle **emergenze cardiologiche, chirurgiche e traumatolgiche.**

Il quadro risulta peggiorato per l'intensificarsi della domanda assistenziale ed il progressivo aggravarsi delle disfunzioni legate alle note problematiche di carenza del personale sanitario.

La proposta fa propri gli orientamenti del **Piano di Ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera**, che punta su un minor numero di presidi maggiormente qualificati sia dal punto di vista

strutturale che organizzativo, e dichiara ormai indispensabile la realizzazione di un unico ospedale in grado di rispondere efficacemente in maniera autonoma alla domanda di tipo emergenziale.

Il sito indicato dai sindaci per la localizzazione dell'ospedale unico è individuato nell'attuale sede del Distretto sanitario n. 59, in posizione baricentrica nell'ambito della penisola sorrentina e facilmente raggiungibile anche dai comuni più lontani di Massa Lubrense e Vico Equense. La particolare contiguità del sito ad una stazione della Ferrovia Circumvesuviana ed alle principali linee di trasporto pubblico rende ancora più convincente la scelta localizzativa.

La proposta dei sindaci indica i principali vantaggi in termini di efficienza gestionale dell'unico presidio ospedaliero rispetto all'attuale sistema formato dai due ospedali di Vico Equense e Sorrento.

La stesura dell'originario studio di fattibilità per la realizzazione dell'Ospedale Unico è datata ottobre 2012 ed ha ricevuto il visto di condivisione del Direttore Generale dell'ASL Napoli 3 Sud il 23 novembre 2012.

A seguito del recepimento da parte dell'ASL Napoli 3 Sud e, successivamente, da parte della Regione Campania in sede di riordino della rete ospedaliera dell'obiettivo di realizzare l'ospedale unico, si è reso necessario un aggiornamento dello studio di fattibilità per tener conto delle intervenute variazioni del quadro normativo. L'aggiornamento è datato aprile 2015.

In data 21 aprile 2015 lo studio di fattibilità con il relativo aggiornamento è stato sottoposto alla **CONFERENZA DEI SERVIZI PRELIMINARE** indetta dal Comune di Sant'Agnello, che si è riunita in Napoli presso la sala Giunta della Regione Campania in via Santa Lucia 81.

La conferenza dei servizi preliminare, indetta ai sensi dell'art. 14-bis, comma 1, della Legge 7.08.90, n. 241 per l'esame dello studio di fattibilità relativo alla realizzazione dell'Ospedale Unico della Penisola Sorrentina, *al fine di verificare le condizioni per fornire indicazioni, prescrizioni ed indirizzi tecnici, necessari all'ottenimento dei pareri, autorizzazioni, nulla osta e gli assensi comunque denominati, richiesti dalle vigenti leggi statali e regionali relativamente al suddetto intervento*, si è conclusa lo stesso giorno con **esito favorevole**, raccogliendo le indicazioni di cui tener conto nelle successive fasi di progettazione.

In particolare, si riportano i contributi registrati in sede di conferenza dei servizi.

- l'avv. S. Sorvino per l'Autorità di Bacino della Campania Centrale, ha giudicato compatibile la localizzazione e la compatibilità sostanziale della proposta, fatti salvi gli approfondimenti sui

successivi livelli di progettazione ed in particolare in relazione alla presenza delle cavità sottostanti (art. 17 delle norme di attuazione del PSAI).

- l'arch. N. Ricciardelli per la Soprintendenza BAPSAE, concordando sull'opportunità dell'insediamento dell'ospedale unico e sulla scelta localizzativa, ha evidenziato la necessità di disarticolare la stessa volumetria prevista in modo da non generare un volume compatto, per attenuare l'impatto sul paesaggio. In proposito, ha aggiunto che si deve certamente orientare la progettazione verso la conservazione del piccolo collegamento di Via Mariano Lauro. Altro aspetto da considerare è quello relativo all'eventuale uso del fotovoltaico, in quanto anche in questo settore vanno preferite tecnologie che siano caratterizzate da una particolare attenzione al contesto, evitando pannelli di uso comune. Infine, ha evidenziato che è necessario comunque che anche questo studio di fattibilità vada sottoposto all'esame della Soprintendenza archeologica per verificare la presenza di eventuali motivi ostativi alla localizzazione.

- L'avv. Coccia, in rappresentanza della Città Metropolitana di Napoli ha aderito alle indicazioni della Soprintendenza BAPSAE ed ha sollecitato ogni sforzo finalizzato all'attenuazione dell'impatto paesaggistico attraverso la ricerca di una soluzione per volumi disarticolati. La rappresentante della Città Metropolitana ha evidenziato anche la necessità di porre la massima attenzione al trattamento delle acque reflue. Riguardo all'osservazione proposta dalla rappresentante della Soprintendenza in merito alle restrizioni all'uso di tecnologie fotovoltaiche, la rappresentante della Città Metropolitana ha espresso il proprio intendimento che vada comunque adottata la soluzione progettuale di installare un impianto fotovoltaico per garantire adeguati livelli di risparmio energetico, compatibilmente con l'ambiente. L'avv. Coccia, nel condividere la scelta operata, mette in rilievo anche il raggiungimento dell'obiettivo di non sacrificare aree a destinazione agricola.

- L'ing. G. Di Santi, in rappresentanza del Comando provinciale dei VV.F., ha dichiarato di non rilevare elementi ostativi alla fattibilità dell'intervento, considerando anche la viabilità circostante. Al fine di esprimere il competente parere favorevole alla realizzazione del progetto, si invita il responsabile delle attività previste nel nuovo ospedale e comprese nell'allegato I del Regolamento recante la semplificazione della disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione incendi, emanata con DPR n. 151 dell'1.08.2011, a voler attivare presso il Comando Provinciale VV.F. di Napoli, per le attività medesime, le specifiche procedure di prevenzione incendi previste con il citato DPR, corredando ciascuna istanza della documentazione prevista dal D.M. del 7.8.2012. In particolare, per la struttura sanitaria che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, con oltre 100 posti letto (attività n.

68.5.C), il progetto dovrà essere redatto tenendo conto delle de-scrizioni dettate con il Tit. II del D.M. del 18.9.2002.

- Il dott. Italo Giulivo, dirigente dell'Area Lavori Pubblici della Regione Campania, ha evidenziato gli aspetti tecnici della fattibilità, non rilevando elementi di particolare criticità. Nella progettazione dovranno essere preferite soluzioni di ridotto impatto ambientale, in particolare nelle sistemazioni esterne e nella regimentazione delle acque. Qualora si configuri variante urbanistica, occorre il parere della legge 9/83.

- La dott.ssa Costa della Città Metropolitana, chiarite le competenze dell'ente rappresentato, ha proposto alla discussione la questione della conformità al PUT.

- La dott. Martinori è intervenuta distinguendo l'iter procedimentale da seguire nel caso di conformità o non conformità al PUT: in caso di non conformità bisogna seguire la procedura ordinaria di variante al PUT o se si preferisce la procedura dell'accordo di programma che recepisca la variante paesaggistica, con l'approvazione finale del Consiglio Regionale, e determini la variante urbanistica, con l'approvazione dell'Accordo da parte del Presidente della Giunta Regionale.

- La rappresentante della Città Metropolitana, nel concordare sulla soluzione proposta dalla dott.ssa Martinori, ha affermato la coerenza della proposta con le linee strategiche a scala sovra comunale approvati con delibera di Giunta Provinciale n. 628/13, in quanto il progetto ricade in un'area di integrazione urbanistica e riqualificazione ambientale.

- IL geom. Ambrosio ha poi illustrato i contenuti dello studio di fattibilità in relazione alla questione della conformità al PUT.

- Dopo una discussione sullo specifico tema, si è concluso sulla necessità di introdurre, con il procedimento ritenuto più efficace da parte della Regione Campania, una variante al PUT.

- L'Assessore Prof. Edoardo Cosenza, data lettura di tutti i pareri ha concluso sulla fattibilità amministrativa al livello dello studio di fattibilità, fermo restando che i successivi livelli di progettazione dovranno rispettare le prescrizioni introdotte in questa sede. L'Assessore ha, infine, auspicato che anche il successivo livello di progettazione preliminare sia sottoposto a conferenza dei servizi.

Nei successivi paragrafi si aggiorna il quadro normativo di riferimento, senza introdurre modifiche alla soluzione progettuale di massima già valutata in conferenza dei servizi preliminare, al fine di individuare eventuali problemi che possano incidere sulla fattibilità dell'intervento.

Inoltre, in considerazione del tempo trascorso dalla stima di costi dell'intervento, risalente al 2012, si valuta l'opportunità di aggiornare la stima.

Lo studio di fattibilità, così come approvato dalla conferenza dei servizi preliminare, era aggiornato in riferimento alle norme all'epoca vigenti, e cioè al "Piano Stralcio di Bacino per l'Assetto Idrogeologico (PSAI) AdB Campania Centrale", adottato dal Comitato Istituzionale con Delibera n.1 del 23/02/2015 (B.U.R.C. n.20 del 23/03/2015) a seguito dei lavori della Conferenza Programmatica.

Allo stato, va registrata l'entrata in vigore il Decreto del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare del 25 ottobre 2016 "Disciplina dell'attribuzione e del trasferimento alle Autorità di Bacino distrettuali del personale e delle risorse strumentali, ivi comprese le sedi, e finanziarie delle Autorità di Bacino, di cui alla legge 18 maggio 1989, n. 183". Il 17/02/2017, le Autorità di bacino nazionali, interregionali e regionali di cui alla legge 18 maggio 1989, n.183 sono state soppresse, subentrando ad esse le Autorità di bacino distrettuali, di rilievo nazionale.

Ai sensi della deliberazione di Giunta regionale della Campania n.74 del 14 febbraio 2017, le istruttorie in corso precedenti al 17/2/2017 saranno portate a compimento dal personale della soppressa Autorità di bacino, salvo poi concludere il percorso approvativo presso l'Autorità di Bacino Distrettuale.

L'attività di pianificazione dell'Autorità di bacino distrettuale dell'Appennino Meridionale si è limitata ai seguenti piani:

- Piano di Gestione Acque (Direttiva Comunitaria 2000/60/CE, D.Lgs. 152/06, L. 13/09)
- Piano di Gestione del Rischio Alluvioni (Direttiva 2007/60/CE, D.Lgs. 152/2006, Direttiva 2007/60/CE, D.Lgs. 49/2010, D.Lgs. 219/2010).

In particolare, il Primo Piano di Gestione Rischio di Alluvioni del Distretto idrografico Appennino Meridionale PGRA DAM, è stato adottato, ai sensi dell'art. 66 del d.lgs. 152/2006, con Delibera n° 1 del Comitato Istituzionale Integrato del 17 dicembre 2015, è stato approvato, ai sensi dell'art. 4 comma 3 del d.lgs. 219/2010, con Delibera n°2 del Comitato Istituzionale Integrato del 3 marzo 2016.

Nelle more dell'emanazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all'art. 63, comma 4, del D.Lgs. 152/2006 e s.m.i. restano in vigore i Piani di assetto idrogeologico emanati dalle Autorità di Bacino soppresse.

IN ATTESA DI UNA NUOVA PIANIFICAZIONE DI BACINO AD OPERA DELL'AUTORITÀ DI BACINO DISTRETTUALE, LA FATTIBILITÀ DELL'INTERVENTO RESTA ANCORATA ALLE NORME DI RIFERIMENTO IN VIGORE AL MOMENTO DELLA SVOLTA CONFERENZA DEI SERVIZI PRELIMINARE E NON SI RENDE NECESSARIO ALCUN AGGIORNAMENTO IN PROPOSITO.

Nello studio di fattibilità è stato preso in considerazione il Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale in corso di adozione, aggiornandone i contenuti a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento di attuazione per il governo del territorio n. 5 del 04.08.2011.

La documentazione consultabile, pubblicata sul portale web della Provincia, comprendeva all'epoca dell'aggiornamento del 2015 una cartografia di progetto che articolava il territorio in 18 zone regolate da appositi articoli delle norme di attuazione.

I documenti cartografici pubblicati (tav. P.07.39) presentavano un notevole problema di lettura per il fatto che i colori riportati sulla legenda non corrispondevano a quelli della cartografia.

Tuttavia, per il sito interessato dalla realizzazione delle nuove opere, è sembrata attendibile una classificazione nell'ambito dell'*area di integrazione urbanistica e di riqualificazione ambientale* regolata dall'art. 53 delle norme di attuazione. Tale classificazione è stata confermata in sede di conferenza dei servizi preliminare dalla rappresentante della Città Metropolitana di Napoli.

DISCIPLINA DEL TERRITORIO

- ART. 33 AREE AD ELEVATA NATURALITÀ
- ART. 34 AREE BOSCATE
- ART. 35 LAGHI, BACINI E CORSI D'ACQUA E RELATIVE ZONE DI TUTELA
- ART. 37 AREE ED EMERGENZE ARCHEOLOGICHE
- ART. 38 CENTRI E NUCLEI STORICI
- ART. 46 AREE AGRICOLE DI PARTICOLARE RILEVANZA AGRONOMICA
- ART. 47 AREE AGRICOLE DI PARTICOLARE RILEVANZA PAESAGGISTICA
- ART. 48 AREE AGRICOLE PERIURBANE
- ART. 49 AREE AGRICOLE ORDINARIE
- ART. 51 INSEDIAMENTI URBANI PREVALENTEMENTE CONSOLIDATI
- ART. 52 AREE DI CONSOLIDAMENTO URBANISTICO E DI RIQUALIFICAZIONE AMBIENTALE
- ART. 53 AREE DI INTEGRAZIONE URBANISTICA E DI RIQUALIFICAZIONE AMBIENTALE
- ART. 55 AREE E COMPLESSI PER INSEDIAMENTI PRODUTTIVI SOVRACOMUNALI
- ART. 56 AREE E COMPLESSI PER SERVIZI E ATTREZZATURE PUBBLICHE SOVRACOMUNALI
- ART. 57 IMPIANTI TECNOLOGICI DI INTERESSE PROVINCIALE
- ART. 61 AREE DI RECUPERO E RIQUALIFICAZIONE PAESAGGISTICA
- ART. 63 AREE DELLE INFRASTRUTTURE
- ART. 63 AREE PORTUALI

Pur in mancanza di adozione del P.T.C.P., le norme richiamate hanno assunto in quella fase un certo rilievo a seguito dell'adozione, da parte della Giunta Provinciale, della deliberazione n. 628 dell'11.10.2013, recante *Regolamento regionale 4 agosto 2011 n. 5 art. 3 co. 4. Individuazione delle strategie a scala sovra comunale in materia di governo del territorio.*

Questo atto costituiva il documento fondamentale attraverso il quale la Provincia di Napoli, ora Città Metropolitana, esprime il parere di competenza sui piani urbanistici comunali e loro varianti.

Allo stato, va registrata l'**adozione della Proposta di Piano Territoriale di Coordinamento (PTC)**, ai sensi dell'art. 20 della LR n. 16/2004, con le Deliberazioni del Sindaco Metropolitano n. 25 del 29 gennaio 2016 e n. 75 del 29 aprile 2016. La proposta è in fase di discussione delle osservazioni raccolte entro il 19.02.2018.

La tavola P.06.7 reca la disciplina del territorio interessato dall'intervento ed è di seguito riportata.

La zona ha conservato nella sostanza la classificazione già registrata nell'aggiornamento del 2015 dello studio di fattibilità, assumendo la stessa denominazione di *Area di integrazione urbanistica e di riqualificazione ambientale* disciplinata dall'art. 53 delle norme di attuazione riportato di seguito:

1. Nelle Aree di integrazione urbanistica e di riqualificazione ambientale si applicano le norme previste per le Aree di consolidamento urbanistico e di riqualificazione ambientale, di cui al precedente articolo 52, quando non modificate o integrate dal presente articolo.

2. Fatta salva la tutela degli edifici e dei complessi edilizi di valore storico, architettonico o documentario, eventualmente presenti, in tali aree la pianificazione comunale deve essere finalizzata, alla realizzazione di un nuovo assetto ed al miglioramento del paesaggio edificato attraverso la

riqualificazione delle aree edificate ed il completamento insediativo da realizzarsi anche attraverso ristrutturazioni urbanistiche volte ad incrementare le volumetrie esistenti.
3. Nell'ambito della ripartizione dei carichi insediativi all'interno dei singoli "Ambiti" individuati dal presente PTCP, ovvero nel corso delle "Conferenze d'Ambito" di cui all'articolo 65-bis, i Comuni sul cui territorio sono state individuate Aree di integrazione urbanistica e di riqualificazione ambientale, possono chiedere l'attribuzione di una quota aggiuntiva del fabbisogno residenziale calcolato ai sensi dell'articolo 65, al fine di dare attuazione alle strategie di rilocalizzazione residenziale, volte a mitigare gli effetti del rischio vulcanico, nonché di riequilibrio territoriale, mediante la riarticolazione del sistema urbano policentrico.

4. La quota aggiuntiva di cui al comma precedente non potrà eccedere il 15% della popolazione prevista per il singolo Comune per il decennio di riferimento determinata con le modalità di cui al successivo articolo 65.

5. La sommatoria dei carichi insediativi attribuiti ai Comuni in ogni Ambito non potrà eccedere il massimo previsto per l'Ambito stesso.

6. Gli interventi di incremento residenziale devono essere improntati al massimo risparmio del consumo di suolo, prevedendo aree di nuova urbanizzazione solo quando l'incremento residenziale non sia realizzabile attraverso la riorganizzazione delle aree urbanizzate esistenti ed il riuso delle aree e degli edifici dismessi.

7. Le aree investite da interventi di incremento residenziale devono essere facilmente accessibili da stazioni delle rete ferroviaria e dai nodi di interscambio fra le diverse modalità di trasporto.

8. Gli incrementi residenziali e, in generale, la nuova urbanizzazione dovranno essere individuati in aree contigue al tessuto insediativo esistente e concentrati in aree di limitata estensione.

9. La maggiore pressione ambientale che consegue agli interventi di incremento residenziale non deve comportare significative incidenze sulla rete ecologica e sulle aree agricole più fertili o con buona biodiversità.

L'intervento risulta **compatibile con la nuova normativa**, con particolare riferimento al comma 2 che consente interventi di ristrutturazione urbanistica con incremento di volumetrie.

Come si è detto la competenza in materia di localizzazione delle strutture ospedaliere è attribuita

alla Regione Campania, che con il P.T.R., strumento sovraordinato al P.T.C.P. o P.T.C., si è riservata un'ampia flessibilità di scelta. In effetti, la localizzazione dell'Ospedale Unico rientra nelle competenze della Regione, che potrà definirla nei propri strumenti di programmazione o in sede di partecipazione ad uno specifico accordo di programma (soluzione consigliata dallo studio di fattibilità).

Una volta operata questa scelta, che in caso di accordo di programma vedrà la partecipazione anche della Città Metropolitana di Napoli e del Comune di Sant'Agnello, anche il tema della conformità al P.T.C. sarà valutato e, ove occorra, saranno introdotti i necessari adeguamenti.

In questa fase è opportuno, comunque, rilevare che gli indirizzi adottati per le *aree di integrazione urbanistica e di riqualificazione ambientale* non presentano elementi ostativi alla collocazione nel sito di un ospedale. Infatti, ci troviamo in presenza di un'area che possiede già nell'attuale assetto una vocazione alla trasformazione ed integrazione urbanistica.

Va sottolineato, in particolare, il fatto che negli indirizzi di pianificazione validi per tale area, la Provincia ha fatto espresso riferimento all'opportunità di collocare le attrezzature di interesse sovra-comunale nelle vicinanze delle stazioni ferroviarie. E questo è certamente uno dei punti di forza della proposta formulata dai Comuni della Penisola Sorrentina.

regione campania aslnapoli3sud

SEDE LEGALE
VIA MARCONI, N. 66 – 80059 TORRE DEL GRECO
DIREZIONE GENERALE
Tel. 081 8490645 – Fax 081 8826025
PROTOCOLLO@PEC.ASLNAPOLI3SUD.IT

Stima Costi dell'Intervento

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD		
NUOVO OSPEDALE UNICO DELLA PENISOLA SORRENTINA		
QUADRO ECONOMICO FINALE		
A - Lavori		
1)	Lavori e Impianti a base d'asta	€ 40.000.000,00
2)	Oneri di sicurezza non soggetti a ribasso	€ 800.000,00
	Totale A - importo da appaltare	**€ 40.800.000,00**
B - Somma a disposizione dell'Amministrazione		
1)	Imprevisti	€ 1.000.000,00
2)	Spese tecniche (I.V.A. compr.)	€ 4.500.000,00
3)	I.V.A. sui lavori 10% (A+B1)	€ 4.180.000,00
4)	Contr. prev. spese tecn. (4%)	€ 180.000,00
5)	Attrezzature e arredi	€ 9.776.000,00
6)	I.V.A. sulle attrezzature (22%)	€ 2.150.720,00
7)	Spese per espropri	€ 2.413.280,00
	Totale B	**€ 24.200.000,00**
	Costo complessivo progetto (A+B)	**€ 65.000.000,00**

Conclusioni dell'aggiornamento

La necessaria disamina delle modifiche al quadro normativo vigente al momento della redazione dello studio di fattibilità e del suo primo aggiornamento al 2015 non ha fatto emergere alcun ostacolo all'attuazione dell'intervento.

Tutto quanto in precedenza descritto, riveste un aggiornamento all'anno solare corrente 2018, con la quale i pareri acquisiti nella conferenza dei servizi preliminare risultano ancora attuali.

Inoltre in allegato si riporta la Relazione tecnica/sanitaria, osservando il rispetto dell'Atto Aziendale approvato dalla Direzione dell'A.S.L. Napoli 3 sud, Delibera del Direttore Generale n° 372 del 31.05.2017 legittimata con il Decreto Commissariale n°39 del 25.09.2017, pubblicato sul B.U.R.C. n°72 del 02.10.2017.

Relazione Tecnica / Sanitaria

Garantire la salute, secondo l'accezione moderna del termine, quale promozione del benessere fisico e psichico, assicurando qualità delle cure, appropriatezza delle prestazioni e dell'ambito di cura, sicurezza del paziente, innovazione tecnologica, richiede un nuovo ruolo dell'**Ospedale** quale componente di un complesso e articolato sistema sanitario, che sia sicuro, efficace, centrato sul paziente, tempestivo, efficiente ed equo.

Un minor numero di ospedali, secondo le evidenze disponibili, ma ospedali costruiti con criteri che rispettino, da un lato, la centralità del paziente e, dall'altro, la flessibilità per un'agevole destinazione degli spazi verso le future esigenze, integrati con i servizi dell'assistenza territoriale.

Una buona organizzazione delle strutture territoriali assicura la funzione di filtro nei confronti dell'accesso all'**Ospedale** e agli altri livelli di assistenza e favorisce il decongestionamento dell'ospedale stesso, specie del Pronto Soccorso, con notevoli ricadute sul dimensionamento della struttura.

La necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di ***appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza*** in un contesto di risorse limitate, comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture ed ospedali, per far fronte ai mutati bisogni sociali, demografici ed epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti.

Per numerose attività ospedaliere (ad es. procedure chirurgiche, area emergenza/urgenza, percorso nascita) sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze o altri esiti).

L'Ospedale, o per meglio dire il sistema Ospedale, quindi, in una visione integrata al territorio, rappresenta uno dei nodi strategici di una rete ospedaliera relazionata con l'altrettanto importante rete dei servizi territoriali, dovendo garantire:

- l'assistenza prevalente delle forme acute (con riduzione dei posti letto);
- la gestione dell' Emergenza ed Urgenza secondo i Livelli di assistenza;
- l'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) con funzione di "filtro"al ricovero;
- la Diagnosi e Terapia ad alta tecnologia;
- i Servizi diurni di Day Hospital (prevalentemente oncologico), di Day Surgery e Day Service per percorsi diagnostici-terapeutici integrati;

- la "presa in carico" del paziente.

L'attivazione di un **Ospedale Unico** (che avrà la possibilità di essere definito dalla stessa Regione Campania quale Azienda Ospedaliera) può rispondere ai bisogni di una popolazione, che, a causa delle caratteristiche orografiche del territorio, presenta rilevanti problemi di accesso ai servizi resi da altri Presidi Ospedalieri, sia dell'ASL Napoli 3 Sud che delle AA.SS.LL. limitrofe, soprattutto per patologie tempo dipendenti.

Tale soluzione ridurrebbe notevolmente i costi di gestione correlati alla presenza di due Presidi Ospedalieri di Sorrento e di Vico Equense che, comunque non riescono a garantire, con le sole risorse interne, le emergenze/urgenze sia per i cittadini Residenti sia per i Turisti, considerata la forte natura turistica della Penisola Sorrentina, non solo nel periodo estivo.

L'Ospedale Unico consente, inoltre, di superare i vincoli delle strutture edilizie esistenti, che spesso pregiudicano l'esecuzione degli interventi necessari all'adeguamento dei presidi esistenti agli standard previsti e di attuare gli interventi programmati dal piano ospedaliero regionale: Attivazione di nuovi pp.ll. e delle strutture di supporto, anche nell'area della riabilitazione e lungodegenza.

Modello funzionale ed organizzativo

Il nuovo **Ospedale** si baserà sul modello assistenziale organizzato per aree funzionali, con una forte integrazione tra moduli omogenei che potranno strutturare il loro operato per livelli differenti di intensità di cura.

Un progetto per avere non solo una struttura all'avanguardia in termini di organizzazione flessibile degli spazi, impatto ambientale e risparmio energetico, ma un'organizzazione che consentirà significativi miglioramenti un po' in tutti gli ambiti, dalle dotazioni tecniche alla collaborazione tra i diversi specialisti.

Un tema fondamentale, alla base del progetto dell'Ospedale Unico, è quello dell'***efficienza***, che tante volte in sanità viene travisato: non si tratta di taglio delle risorse con riduzione degli standard, ma esattamente il contrario; perché dover lavorare divisi tra più ospedali, per quanto vicini, sottrae tempo prezioso agli operatori sanitari, tempo che potrebbe essere dedicato ai pazienti

I principi guida

La proposta progettuale del nuovo Ospedale si ispira a due fondamentali principi:

- ***Centralità del paziente***
- ***Efficacia e flessibilità nei percorsi di cura***.

La costruzione dell'Ospedale Unico deve essere espressione del diritto fondamentale alla tutela della salute per tutti i cittadini. Gli ambienti di nuova costruzione dovranno garantire: la dignità del

paziente e la sua privacy; dovranno accogliere e guidare con chiarezza i cittadini nel percorso di cura, assicurando comfort e gradimento, ponendo un'attenzione specifica all'orientamento e il wayfinding. E' dimostrato che se mancano queste due componenti il personale medico e infermieristico perde molto tempo ogni giorno per dare informazioni e indicazioni al pubblico.

Il contesto normativo di riferimento

La programmazione regionale prevede per l'ASL Napoli 3 Sud due DEA di I livello e quattro Presidi Ospedalieri di Base e nessun DEA di II livello.

La Regione Campania, in particolare, con il DCA 33/2016 e il DCA 8/2018, ha approvato gli indirizzi per la riorganizzazione della rete ospedaliera, ai sensi del DM 70/2015, assegnando agli ospedali di Vico e Sorrento, la classificazione prevista per gli **Ospedali di Base**, e di fatto programmando un Ospedale Unico della Penisola, che risponderebbe ai bisogni sanitari sia della popolazione residente in Penisola sia delle area del Salernitano limitrofe (costiera Amalfitana), i cui cittadini raggiungono più facilmente la Penisola Sorrentina che la città di Salerno.

La unificazione dei due Presidi esistenti, pertanto, preso atto delle serie difficoltà della viabilità ordinaria, può consentire l'attivazione di un Ospedale Unico con le caratteristiche di almeno un DEA di I livello, come previsto dal DM 70/2015 e di seguito specificato:

I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità:
Medicina Interna;
Chirurgia Generale;
Anestesia e Rianimazione;
Ortopedia e Traumatologia;
Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno);
Pediatria;
Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.);
Neurologia;
Psichiatria;
Oncologia;
Oculistica;
Otorinolaringoiatria;
Urologia;
Servizi di:
Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia;
Laboratorio;
Servizio Immunotrasfusionale.

L'attuale rete ospedaliera dell'ASL Napoli 3 sud, quindi, costituita per l'area della Penisola Sorrentina dagli ospedali di Vico Equense e Sorrento, richiede una operazione di riorganizzazione e

razionalizzazione, con la finalità anche di recuperare risorse economiche da indirizzare al miglioramento qualitativo dei servizi offerti, giacché i Presidi Ospedalieri di Vico Equense e Sorrento, in virtù della loro articolazione, potrebbero nel prossimo futuro non essere in grado di rispondere compiutamente alle nuove disposizioni normative, in particolare per quanto attiene ai volumi e agli esiti.

La realizzazione dell'Ospedale Unico consentirà, a fronte della riorganizzazione e razionalizzazione di tutti i servizi che l'ospedale potrà offrire, importanti economie sia in ordine ai costi di funzionamento e manutenzione delle strutture sia al costo di erogazione dei servizi.

L'obiettivo generale dell'intervento è la realizzazione, dunque, di un nuovo Ospedale Unico per il territorio della Penisola Sorrentina, che dovrà avere le caratteristiche di base e specialistiche di un ospedale sede DEA di I livello, con circa 30.000 accessi all'anno al Pronto Soccorso e una potenzialità di 221 posti letto e 38 posti tecnici. Al fine di raggiungere i necessari ed indispensabili obiettivi di eccellenza, il nuovo Ospedale Unico dovrà attivare le azioni necessarie per curare e migliorare la salute dei cittadini attraverso strutture tecnologicamente avanzate e attente ai bisogni complessivi della persona.

L'attività dovrà caratterizzarsi per:

- centralità del paziente e non dell'organizzazione;
- volume di prestazioni adeguato alle richieste del territorio;
- flessibilità di organizzazione sanitaria e gestionale;
- sviluppo e integrazione multi professionale;
- utilizzo di tecnologie avanzate;
- ottimizzazione delle risorse finanziarie, strumentali ed umane;
- capacità di inserimento e collegamento in rete con le altre strutture.

Programmazione Regionale: Piano Ospedaliero Regionale

ATTO AZIENDALE (DCA 39/2017)

P.O. S. M. Misericordia - SORRENTO
Piano Ospedaliero Regionale
DCA 33/2016 - DCA 8/2018

AREA MEDICA		
Disciplina	**Codice disciplina**	**PP.LL.**
Medicina Generale	26	8
Malattie Endocrine	19	
Oncologia	64	4
Emodialisi *	54	
Neurologia	32	

AREA CHIRURGICA		
Disciplina	**Codice disciplina**	**PP.LL.**
Chirurgia Generale	9	20
Ortopedia	36	24
Oculistica	34	
Otorinolaringoiatria	38	
Urologia	43	

AREA CRITICA		
Disciplina	**Codice disciplina**	**PP.LL.**
Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	51	14
Cardiologia	8	12
Cardiologia - UTIC	50	6
Terapia Intensiva	49	6

AREA MATERNO-INFANTILE		
Disciplina	**Codice disciplina**	**PP.LL.**
Pediatria	39	
Neonatologia	62	
Ostetricia e Ginecologia	37	

AREA POST-ACUZIE		
Disciplina	**Codice disciplina**	**PP.LL.**
Riabilitazione	56	30
Lungodegenza	60	
TOTALI PP.LL. PROGRAMMATI		**124**

P.O. DE LUCA E ROSSANO - VICO EQUENSE

Piano Ospedaliero Regionale
DCA 33/2016 - DCA 8/2018

AREA MEDICA		
Disciplina	**Codice disciplina**	**PP.LL.**
Medicina Generale	26	14
Malattie Endocrine	19	4
Oncologia	64	
Emodialisi *	54	
Neurologia	32	

AREA CHIRURGICA		
Disciplina	**Codice disciplina**	**PP.LL.**
Chirurgia Generale	9	14
Ortopedia	36	16
Oculistica	34	7
Otorinolaringoiatria	38	2
Urologia	43	

AREA CRITICA		
Disciplina	**Codice disciplina**	**PP.LL.**
Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	51	
Cardiologia	8	
Cardiologia - UTIC	50	
Terapia Intensiva	49	4

AREA MATERNO-INFANTILE		
Disciplina	**Codice disciplina**	**PP.LL.**
Pediatria	39	12
Neonatologia	62	6
Ostetricia e Ginecologia	37	18

AREA POST-ACUZIE		
Disciplina	**Codice disciplina**	**PP.LL.**
Riabilitazione	56	
Lungodegenza	60	

TOTALI PP.LL. PROGRAMMATI	97

La pianificazione delle attività del nuovo ospedale

Il nuovo ospedale conterrà tutte le specialità e le funzioni previste per gli ospedali sede di DEA di I livello, così come definiti dal D.M. 70 e dal DCA 33/2016 e dal DCA 8/2018, in cui si riportano i criteri:

- Numero di posti letto massimo per 1.000 abitanti pari a 3,7 (di cui indicativamente 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie);
- Tasso di ospedalizzazione 160 per 1.000 abitanti, di cui il 25% di ricoveri in DH;
- Riduzione di posti letto "esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse";
- Riduzione dell'offerta di posti letto almeno per il 50% nelle strutture di ricovero pubbliche;
- Verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche;
- Passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno al l'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare.

Come già sopra richiamato, l'Ospedale Unico sarà organizzato per Livelli di Intensità di cura, che prevedono, oltre a quelle trasversali e di supporto, la definizione delle seguenti attività ospedaliere:

1. Attività ambulatoriali

2. Attività di Emergenza Urgenza

3. Attività di ricovero:

a) Day Hospital – Day Surgery

b) Ordinari, differenziati su 3 Livelli:

Livello 1: Intensivo/Subintensivo

Livello 2: Acuto

Livello 3: Post-Acuti.

Le Aree funzionali con la relativa distribuzione di posti letto di ricovero ordinario e diurno per il nuovo ospedale sono così predisposte, prevedendo 221 posti letto e 38 posti tecnici:

OSPEDALE UNICO PENISOLA SORRENTINA

AREA MEDICA

Disciplina (codice)	codice disciplina	PP.LL.	NOTE
Medicina Generale /Neurologia	26	26	
Malattie Endocrine	19	4	
Oncologia	64	4	
Emodialisi *	54		10 p.t.*

AREA CHIRURGICA

	codice disciplina	PP.LL.	NOTE
Chirurgia Generale/Urologia	9	34	
Ortopedia	36	24	
Oculistica	34	7	
Otorinolaringoiatria	38	8	

AREA CRITICA

	codice disciplina	PP.LL.	NOTE
Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	51	22	
Cardiologia	8	12	
Cardiologia - UTIC	50	6	
Terapia Intensiva	49	8	

AREA MATERNO-INFANTILE

	codice disciplina	PP.LL.	NOTE
Pediatria	39	12	
Neonatologia	62	6	
Ostetricia e Ginecologia	37	18	

AREA POST-ACUZIE

	codice disciplina	PP.LL.	NOTE
Recupero e riabilitazione funzionale	56	30	

TOTALI PP.LL. PROGRAMMATI 221

I posti letto programmati per l'Ospedale Unico Penisola Sorrentina coincidono con la somma dei posti letto programmati per il P.O. di Sorrento e del P.O. di Vico Equense

RIFERIMENTI PER LA PROGETTAZIONE

Il nuovo ospedale quindi, per quanto evidenziato, dovrà essere sempre più "calato" nel contesto territoriale e costituire la risposta al quadro delle esigenze definite.

La struttura ospedaliera tenderà verso:

- un potenziamento, nelle aree di emergenza-urgenza, di spazi dedicati all'O.B.I. ed alla medicina di urgenza, con funzioni di filtro al ricovero ospedaliero;
- la previsione di aree da destinare a admitting e Dischange room con la creazione di servizi per la presa in carico del paziente, con funzioni di smistamento verso le diverse strutture territoriali o verso l'assistenza domiciliare integrata;
- un potenziamento dei servizi diagnostici e terapeutici e ad alta tecnologia;
- il potenziamento delle aree dedicate alla ricerca e alla formazione;

La nuova struttura sarà progettata così da costituire un contenitore flessibile, ad alta tecnologia, organizzato per aree funzionali omogenee progressive in relazione alla intensità di cura ed ai livelli tecnologici, e strutturato in dipartimenti, anche di tipo fisico, con potenziamento di spazi per il personale.

La caratterizzazione e il dimensionamento del nuovo ospedale sarà in linea con la programmazione regionale, nel rispetto degli standards ospedalieri stabiliti dal DM 70/2015.

La metodologia utilizzata per la caratterizzazione e il dimensionamento del nuovo ospedale parte dalle richieste di programmazione regionale ed aziendale accoglie le istanze degli Stakeholders locali, e viene di seguito sintetizzata:

- bacino di utenza da servire di circa 150.000 abitanti
- livello di complessità tipico di un DEA di I livello
- 221 posti letto, di cui 191 p.l. per acuti e 30 p.l. di post acuzie, 38 posti tecnici (20 culle+10 Dialisi +8 OBI)
- specialità e posti letto per area funzionale omogenea:

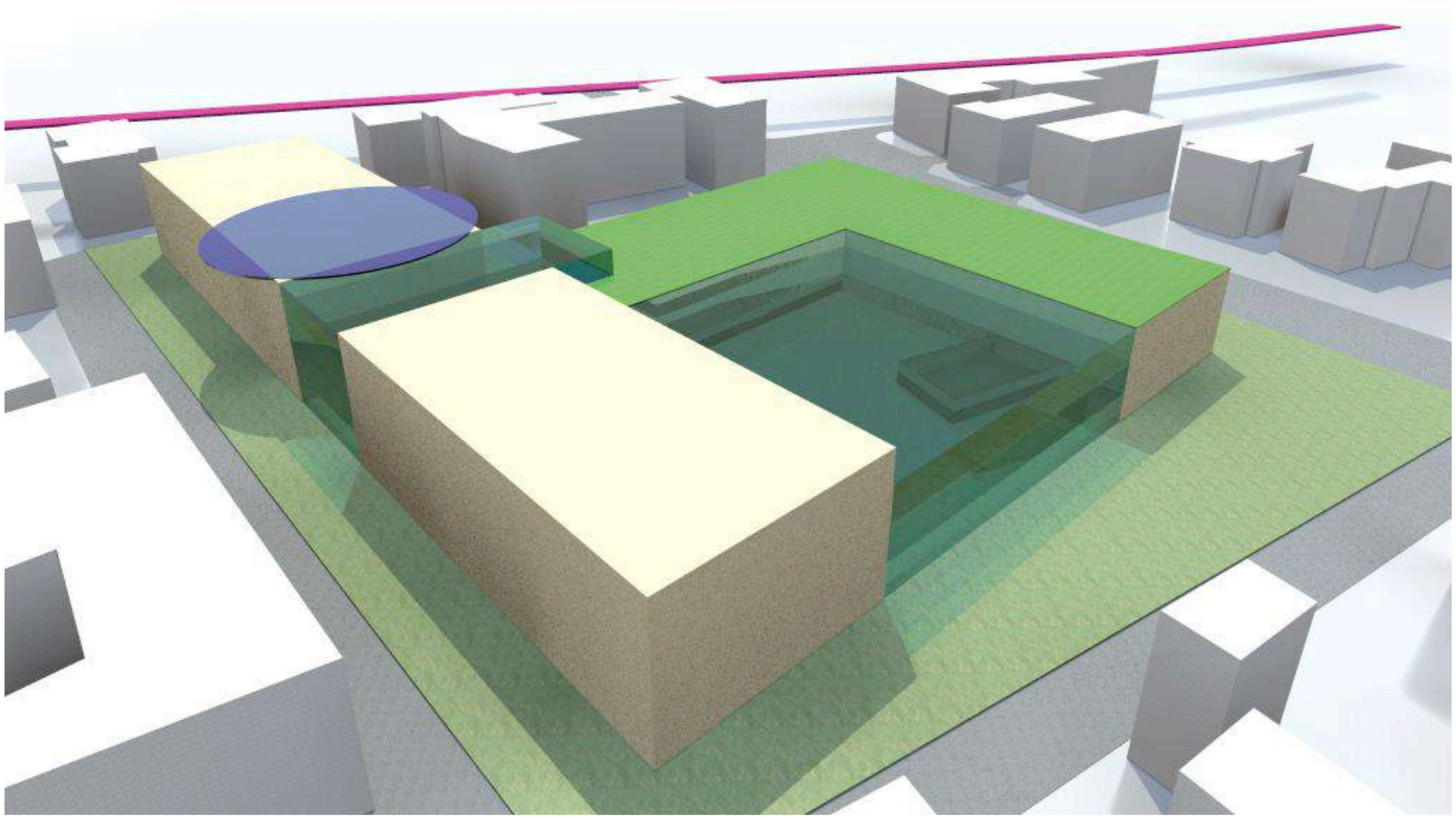
  Area Critica di 48 pl;
  Area Chirurgica di 73 pl,
  Area Medica di 34 pl
  Area Materno-Infantile di 36 pl,
  Area Post-Acuzie 30

- dotazione delle principali attrezzature
- dotazione di personale.

e tiene, inoltre, conto delle tendenze evolutive in atto quali:

- la centralità della persona, ed il conseguente potenziamento degli spazi a garanzia della privacy, della funzionalità, della dotazione tecnologica all'avanguardia;
- l'organizzazione dell'assistenza per intensità di cure che si riflette, anche spazialmente in una organizzazione di Aree omogenee dal punto di vista sia funzionale che di complessità tecnologica;
- l'organizzazione dipartimentale integrata e flessibile che presuppone spazi di supporto per il personale per il lavoro, lo studio e la ricerca;
- l' evoluzione tecnologica con il potenziamento degli spazi dedicati alla diagnosi e terapia
- la formazione del personale e i relativi spazi adeguati.

GRAFICI



OSPEDALE UNICO PENISOLA SORRENTINA

STUDIO DI FATTIBILITA'

Ospedale Unico 3_ACCamera_2

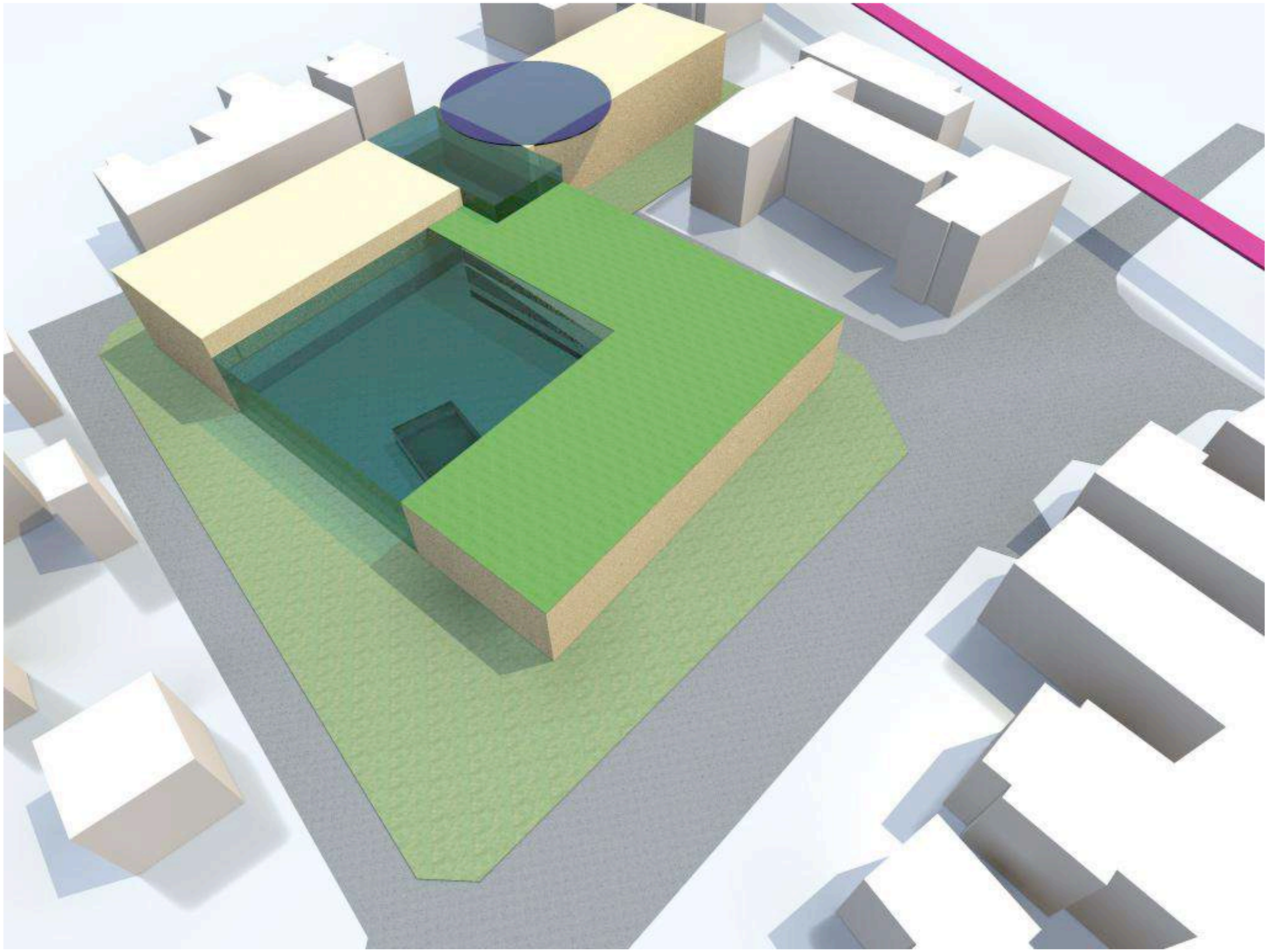
Data

Ott 2011

Aggiornamenti 2018

Gen 2012 - Mar 2012

Mag 2012



OSPEDALE UNICO PENISOLA SORRENTINA

STUDIO DI FATTIBILITA'

Ospedale Unico 3_ACCamera_1

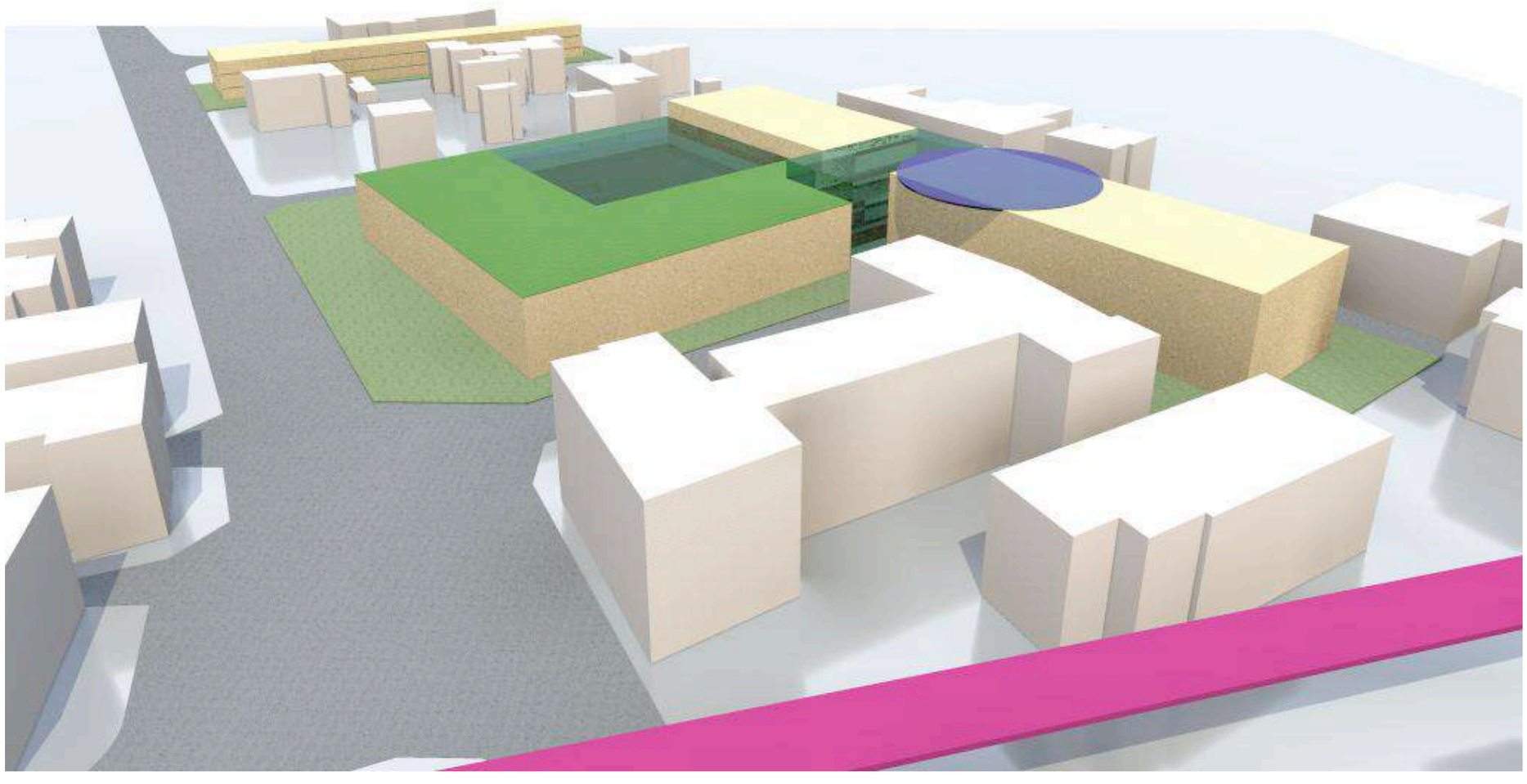
Data

Ott 2011

Aggiornamenti 2018

Gen 2012 - Mar 2012

Mag 2012



OSPEDALE UNICO PENISOLA SORRENTINA

STUDIO DI FATTIBILITA'

Ospedale Unico 3_ACCamera

Data

Ott 2011

Aggiornamenti 2018

Gen 2012 - Mar 2012

Mag 2012

OSPEDALE UNICO PENISOLA SORRENTINA

STUDIO DI FATTIBILITA'

2° INTERRATO

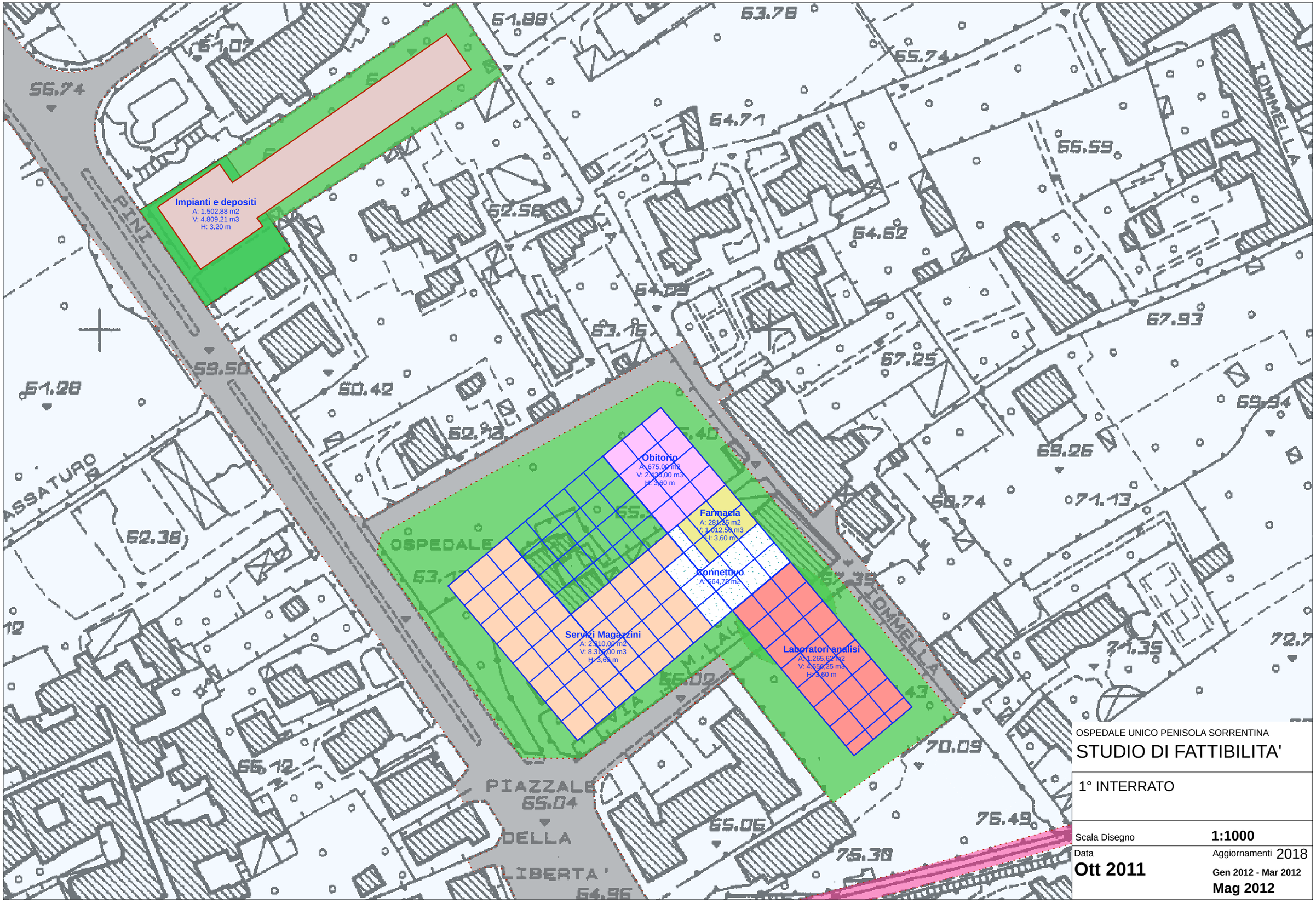
Scala Disegno **1:1000**

Data **Ott 2011**

Aggiornamenti 2018

Gen 2012 - Mar 2012

Mag 2012



OSPEDALE UNICO PENISOLA SORRENTINA

STUDIO DI FATTIBILITA'

1° INTERRATO

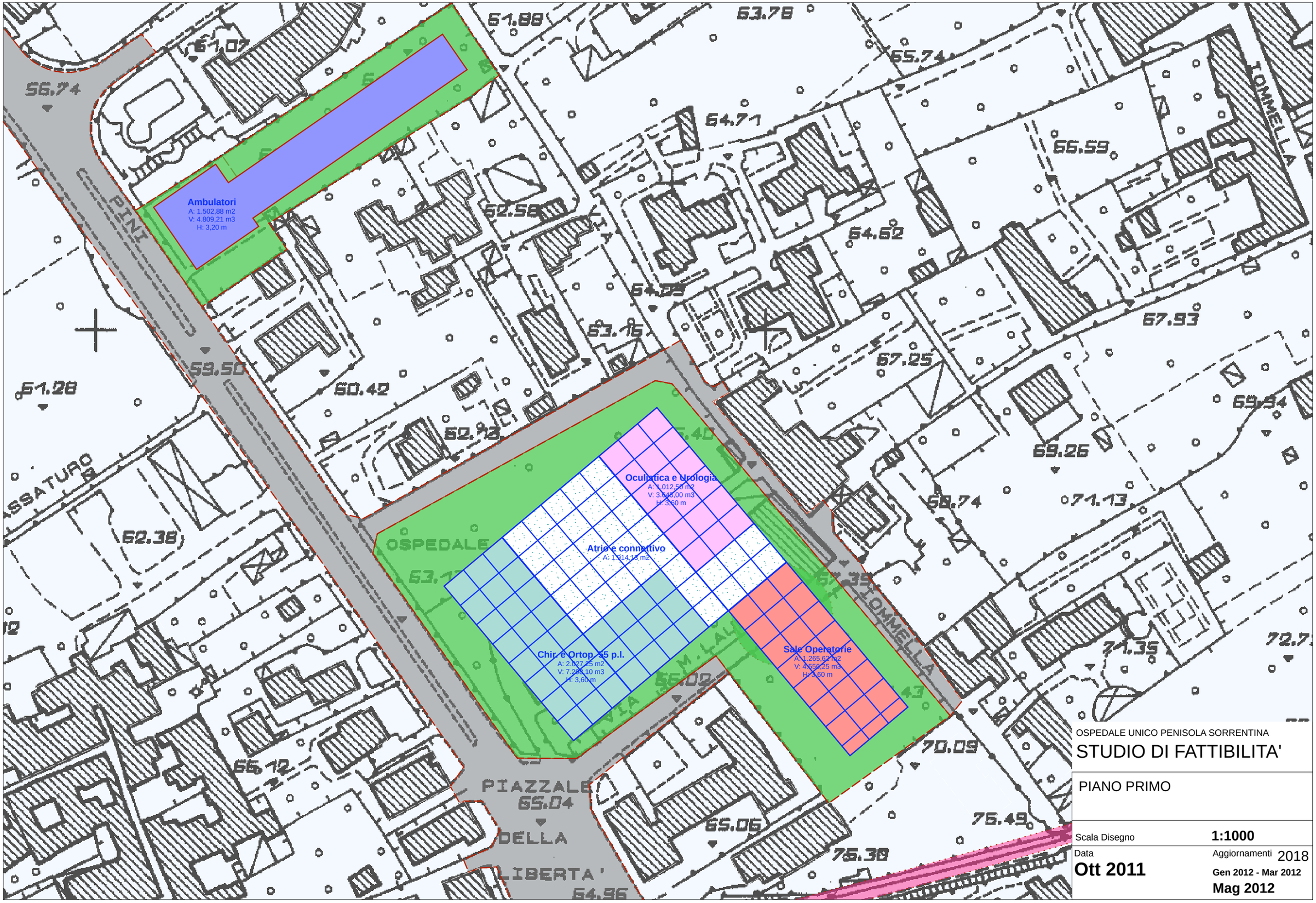
Scala Disegno	**1:1000**
Data	Aggiornamenti 2018
Ott 2011	**Gen 2012 - Mar 2012**
	Mag 2012

OSPEDALE UNICO PENISOLA SORRENTINA

STUDIO DI FATTIBILITA'

PIANO TERRA

Scala Disegno	**1:1000**
Data	Aggiornamenti 2018
Ott 2011	**Gen 2012 - Mar 2012**
	Mag 2012

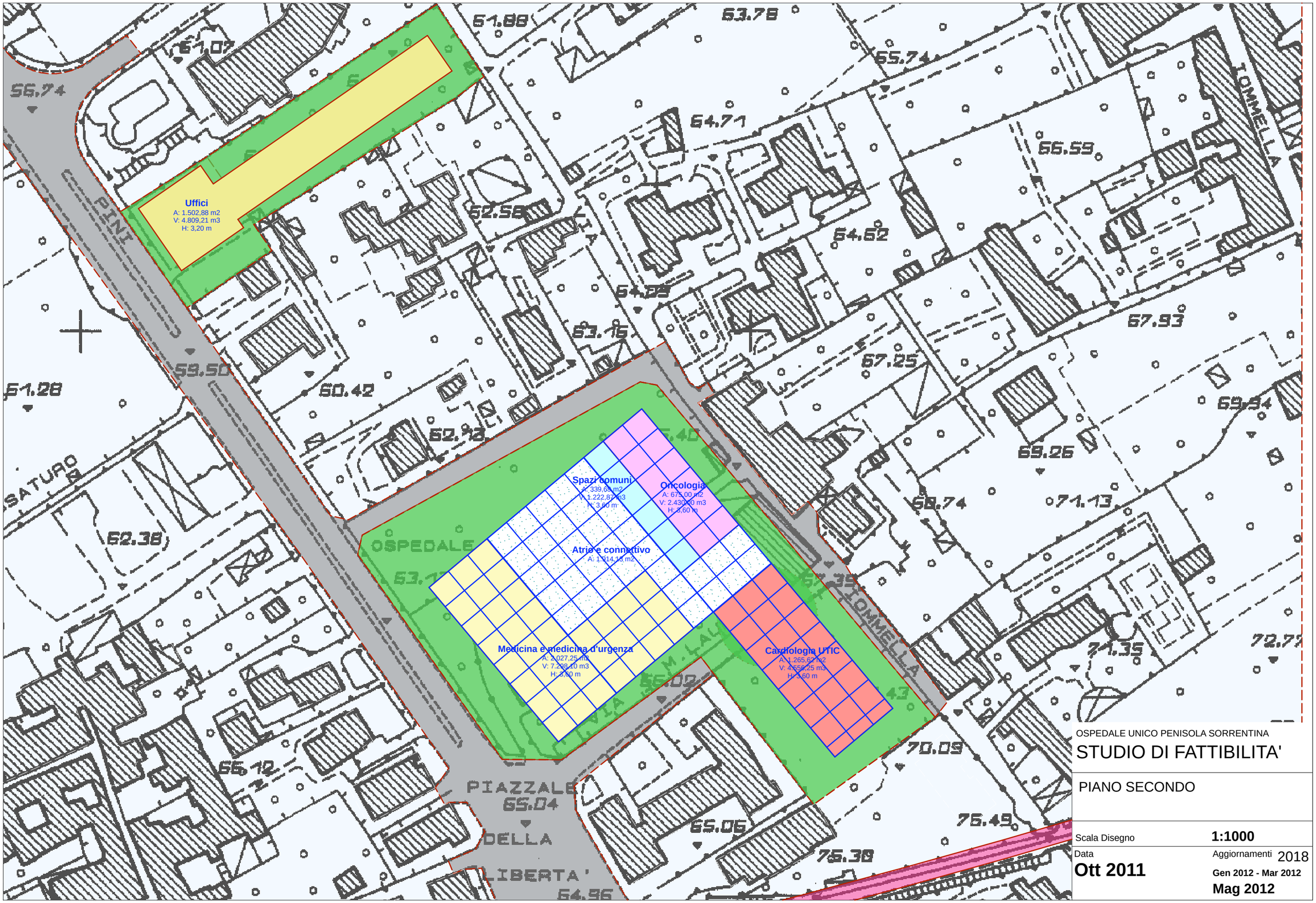


OSPEDALE UNICO PENISOLA SORRENTINA

STUDIO DI FATTIBILITA'

PIANO PRIMO

Scala Disegno	**1:1000**
Data	**Ott 2011**
Aggiornamenti	2018 **Gen 2012 - Mar 2012** **Mag 2012**

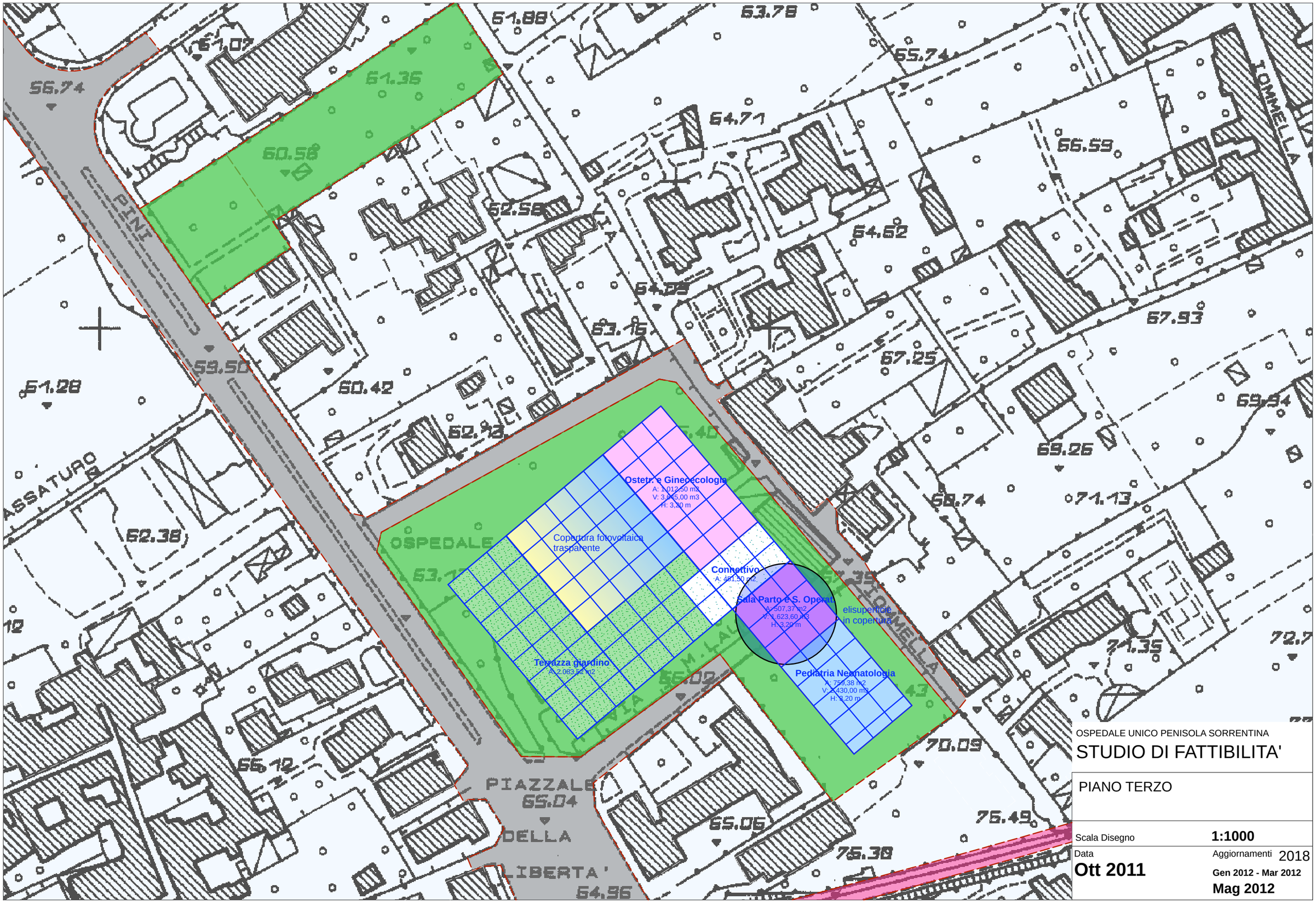


OSPEDALE UNICO PENISOLA SORRENTINA

STUDIO DI FATTIBILITA'

PIANO SECONDO

Scala Disegno	**1:1000**
Data	**Ott 2011**
Aggiornamenti	2018 **Gen 2012 - Mar 2012** **Mag 2012**



OSPEDALE UNICO PENISOLA SORRENTINA

STUDIO DI FATTIBILITA'

PIANO TERZO

Scala Disegno	**1:1000**
Data	Aggiornamenti 2018
Ott 2011	**Gen 2012 - Mar 2012**
	Mag 2012

Analisi del contesto territoriale e origini dello Studio di Fattibilità

L'ambito in cui è possibile inquadrare il territorio di riferimento di questo studio è la penisola sorrentina, corrispondente al Distretto sanitario n. 59 dell'ASL NA 3 Sud.

L'intervento presenta strette relazioni anche con il territorio adiacente della costiera amalfitana e l'Isola di Capri. In particolare, si è già registrato il diretto interessamento all'iniziativa del Sindaco di Positano che ha sottoscritto il documento del 2 febbraio 2010.

Il Distretto comprende i comuni di Massa Lubrense, Sorrento, Sant'Agnello, Piano di Sorrento, Meta e Vico Equense. Il Comune di Positano, in Provincia di Salerno, è il primo dei comuni della costiera amalfitana ed è caratterizzato dalla presenza di un collegamento stradale con la penisola sorrentina più breve e veloce di quello che lo collega alla città di Salerno o Castellammare di Stabia. L'Isola di Capri, formata dai comuni di Capri ed Anacapri, è dotata di collegamenti pubblici veloci via mare con il porto di Marina Piccola a Sorrento.

L'utenza ospedaliera di riferimento è notevolmente incrementata dal notevole interesse turistico dell'area. Il settore turistico è caratterizzato, da una quantità particolarmente elevata di visitatori e

da una stagione turistica che si estende per gran parte dell'anno con brevi periodi di minima affluenza.

Riguardo alle presenze turistiche, la Penisola Sorrentina accoglie circa il 16% dei flussi della regione Campania ed il 28% dell'intera provincia di Napoli.

	2000		2001		2002		2003	
	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze
Sorrento	537.729	2.265.869	526.656	2.217.256	506.984	2.178.970	475.481	2.077.931
S.Agnello	76.717	382.147	83.100	410.504	81.514	413.865	74.737	388.118
Massa Lubrense	82.250	362.154	81.256	367.903	85.117	361.664	86.681	355.587
Piano di Sorrento	39.966	147.431	43.273	177.048	43.332	181.317	39.110	169.634
Meta di Sorrento	42.161	150.518	36.050	146.026	31.945	139.638	28.707	126.115
Vico Equense	78.703	219.021	85.278	230.598	80.299	212.775	89.912	230.999
Totale	857.526	3.527.140	855.613	3.549.335	829.191	3.488.229	794.628	3.348.384

	2004		2005		2006	
	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze
Sorrento	498.250	2.070.822	474.821	2.043.215	425.130	1.829.622
S.Agnello	80.055	374.347	73.154	368.412	100.789	435.150
Massa Lubrense	84.809	327.138	78.039	307.868	84.268	329.607
Piano di Sorrento	44.850	171.452	45.305	163.600	50.002	175.283
Meta di Sorrento	32.180	123.485	33.793	126.167	37.118	147.146
Vico Equense	87.375	211.540	80.550	221.691	77.384	286.552
Totale	827.519	3.278.784	785.662	3.230.953	774.691	3.203.360

Arrivi e presenze turistiche in penisola sorrentina 2000-2006 (Azienda Autonoma di Soggiorno di Sorrento e Sant'Agnello)

La dotazione alberghiera in penisola sorrentina si concentra a Sorrento per circa il 50%, ma interessa anche gli altri comuni della penisola.

I tempi di permanenza medi sono piuttosto elevati e giungono fino ai 4,79 giorni.

Movimenti turistici SORRENTO -S.AGNELLO

Mese	Arrivi 2006	Presenze 2006	Arrivi 2007	Presenze 2007	Δ% arr.	Δ% pres.	Permanenza media '06	Permanenza media '07
Gennaio	6.665	25.345	8.045	36.155	20,71%	42,65%	3,8	4,5
Febbraio	9.815	34.210	7.687	26.375	-21,68%	-22,90%	3,5	3,4
Marzo	39.463	124.050	43.306	204.217	9,74%	64,62%	3,1	4,7
Aprile	67.815	231.513	70.691	255.491	4,24%	10,36%	3,4	3,6
Maggio	81.070	339.748	63.757	262.518	-21,36%	-22,73%	4,2	4,1
Giugno	67.208	292.930	66.354	284.516	-1,27%	-2,87%	4,4	4,3
Luglio	59.408	311.302	60.044	306.464	1,07%	-1,55%	5,2	5,1
Agosto	51.908	317.156	58.496	336.635	12,69%	6,14%	6,1	5,8
Settembre	62.469	286.486	61.110	290.480	-2,18%	1,39%	4,6	4,8
Ottobre	51.280	221.216	53.061	349.597	3,47%	58,03%	4,3	6,6
Novembre	16.962	46.313	16.067	76.885	-5,28%	66,01%	2,7	4,8
Dicembre	15.086	41.516	12.292	64.919	-18,52%	56,37%	2,8	5,3
Totale	***529.149***	***2.271.785***	***520.910***	***2.494.252***	***-1,56%***	***9,79%***	***4,29***	***4,79***

Movimenti turistici (Azienda Autonoma di Soggiorno di Sorrento e Sant'Agnello)

Per quanto riguarda la stagionalità dei flussi, sono ben 8 i mesi in cui si superano le 200.000 presenze (tutto il periodo che va da marzo a novembre), riducendo il

periodo di "stanca" ai soli mesi invernali. Dei 2 milioni e mezzo di presenze del 2007, circa 2,3 milioni sono compresi tra i mesi di marzo e ottobre, con un picco massimo di quasi 350.000 presenze nel mese di ottobre.

MOVIMENTI MENSILI ALBERGHIERI - EXTRALBERGHIERI
COMUNI DI SORRENTO E S.AGNELLO
ANNO 2007

MESI	MOVIMENTI ALBERGHIERI						MOVIMENTI EXTRALBERGHIERI						TOT. ITALIA		TOT. STRANIERI		TOT. GENERALE	
	ITALIANI		STRANIERI		TOTALI		ITALIANI		STRANIERI		TOTALI							
	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze	Arrivi Letti	Presenze Totale Letti	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze	Arrivi Letti	Presenze Totale Letti	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze	Arrivi Letti	Presenze Totale Letti
Gennaio	2.068	9.053	4.803	21.766	6.871	30.819	347	2.480	827	2.856	1.174	5.336	2.415	11.533	5.630	24.622	8.045	36.155
Febbraio	3.510	13.648	3.991	12.208	7.501	25.856	56	76	130	443	186	519	3.566	13.724	4.121	12.651	7.687	26.375
Marzo	14.641	73.070	27.699	126.010	42.340	199.080	149	482	817	4.655	966	5.137	14.790	73.552	28.516	130.665	43.306	204.217
Aprile	21.589	59.480	42.182	172.491	63.771	231.971	2.514	7.436	4.409	16.084	6.923	23.520	24.103	66.916	46.591	188.575	70.694	255.491
Maggio	7.134	17.681	50.271	221.863	57.405	239.544	697	1.698	5.655	21.276	6.352	22.974	7.831	19.379	55.926	243.139	63.757	262.518
Giugno	8.625	22.901	47.945	221.615	56.570	244.516	1.169	5.156	8.615	34.844	9.784	40.000	9.794	28.057	56.560	256.459	66.354	284.516
Luglio	6.632	19.473	45.730	252.563	52.362	272.036	1.354	7.602	6.328	26.826	7.682	34.428	7.986	27.075	52.058	279.389	60.044	306.464
Agosto	12.468	51.316	42.902	262.710	55.370	314.026	1.400	8.995	1.726	13.614	3.126	22.609	13.868	60.311	44.628	276.324	58.496	336.635
Settembre	7.950	23.438	49.884	243.413	57.834	266.851	543	5.304	2.733	18.325	3.276	23.629	8.493	28.742	52.617	261.738	61.110	290.480
Ottobre	8.966	51.589	42.236	281.592	51.202	333.181	192	1.560	1.667	14.856	1.859	16.416	9.158	53.149	43.903	296.448	53.061	349.597
Novembre	7.450	23.494	8.278	51.738	15.728	75.232	125	537	214	1.116	339	1.653	7.575	24.031	8.492	52.854	16.067	76.885
Dicembre	7.652	21.131	4.101	41.743	11.753	62.874	387	1.192	152	853	539	2.045	8.039	22.323	4.253	42.596	12.292	64.919
TOTALI	108.685	386.274	370.022	1.909.712	478.707	2.295.986	8.933	42.518	33.273	155.748	42.206	198.266	117.618	428.792	403.295	2.065.460	520.913	2.494.252

Movimenti mensili alberghieri ed extralberghieri (Azienda Autonoma di Soggiorno di Sorrento e Sant'Agnello)

I dati relativi ai flussi turistici del solo comune di Sorrento sono forniti anche dall'Ente Provinciale per il Turismo della Provincia di Napoli.

MOVIMENTI GENERALI TOTALI
TREND STORICO 2000 -2007
Comune di SORRENTO

ANNO	MOVIMENTI ALBERGHIERI						MOVIMENTI EXTRALBERGHIERI						TOTALE GENERALE	
	ITALIANI		STRANIERI		TOTALI		ITALIANI		STRANIERI		TOTALI			
	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze	Arrivi	Presenze
2000	144.597	456.351	431.816	2.016.398	576.413	2.472.749	14.299	66.668	30.132	108.599	44.431	175.267	620.844	2.648.016
2001	116.206	350.216	446.671	2.093.150	562.877	2.443.366	13.674	60.164	33.205	124.230	46.879	184.394	609.756	2.627.760
2002	132.015	402.475	408.665	1.999.474	540.680	2.401.949	13.785	61.777	34.033	129.109	47.818	190.886	588.498	2.592.835
2003	127.826	366.556	374.147	1.898.415	501.973	2.264.971	13.985	57.367	35.429	144.896	49.414	202.263	551.387	2.467.234
2004	128.089	349.800	401.051	1.900.293	529.140	2.250.093	11.905	43.598	36.700	146.722	48.605	190.320	577.745	2.440.413
2005	105.068	307.936	398.071	1.911.002	503.139	2.218.938	9.721	37.835	31.622	125.159	41.343	162.994	544.482	2.381.932
2006	92.937	267.315	321.532	1.536.279	414.469	1.803.594	7.496	27.802	20.023	81.537	27.519	109.339	441.988	1.912.933
2007	91.975	315.789	304.120	1.618.928	396.095	1.934.717	7.476	30.844	29.416	128.040	36.892	158.884	432.987	2.093.601
TOTALE	**938.713**	**2.816.438**	**3.086.073**	**14.973.939**	**4.024.786**	**17.790.377**	**92.341**	**386.055**	**250.560**	**988.292**	**342.901**	**1.374.347**	**4.367.687**	**19.164.724**

Movimenti generali totali del Comune di Sorrento (EPT Napoli)

La ricettività alberghiera nel 2007 fornisce un totale di 16.939 posti letto alberghieri.

RICETTIVITA' ALBERGHIERA - EXTRALBERGHIERA

	S.AGNELLO												
	5 Stelle	4Stelle	3 Stelle	2 Stelle	1 Stella	Residence	Villaggi	Camp/Vill	Affittacam.	Agriturism.	Ostelli	Casa Vac.	B & B
N° Esercizi	2	8	6	1	-	-	1	-	2	2	1	5	10
N° Letti	314	1.085	379	46	-	-	496	-	16	9	18	102	54
N° Camere	163	569	204	25	-	-	124	-	8	5	6	50	26
N° Bagni	163	569	200	25	-	-	124	-	8	4	3	50	25

	SORRENTO												
	5 Stelle	4Stelle	3 Stelle	2 Stelle	1 Stella	Residence	Villaggi	Camp/Vill	Affittacam.	Agriturism.	Ostelli	Casa Vac.	B & B
N° Esercizi	2	30	33	5	6	2	1	2	21	2	1	10	16
N° Letti	405	5.584	2.359	181	121	92	244	2.050	219	26	35	189	80
N° Camere	205	2.893	1.247	101	65	32	61	512	90	14	15	69	40
N° Bagni	205	2.893	1.240	86	63	32	40	112	86	14	15	64	38

	TOTALE GENERALE												
	5 Stelle	4Stelle	3 Stelle	2 Stelle	1 Stella	Residence	Villaggi	Camp/Vill	Affittacam.	Agriturism.	Ostelli	Casa Vac.	B & B
N° Esercizi	4	38	39	6	6	2	2	2	23	4	2	15	26
N°Letti	719	6.669	2.738	227	121	92	740	2.050	235	35	53	291	134
N° Camere	368	3.462	1.451	126	65	32	185	512	98	19	21	119	66
N° Bagni	368	3.462	1.440	111	63	32	164	112	94	18	18	114	63
Giornate letto	719	6.669	2.738	227	121	92	740	2.050	235	35	53	291	134
Letti disponibili	22.289	206.739	84.878	7.037	3.751	2.852	22.940	63.550	7.285	1.085	1.643	9.021	4.154

Ricettività alberghiera ed extra-alberghiera a Sorrento e Sant'Agnello (Azienda Autonoma di Soggiorno di Sorrento e Sant'Agnello)

L'andamento dei flussi turistici negli ultimi anni, limitato ai comuni di Sorrento e Sant'Agnello, indica il parziale recupero della pesante riduzione delle presenze registrate dal 2007 al 2008.

L'incidenza delle presenze turistiche sul fabbisogno di servizi ospedalieri può essere stimato considerando un indice di affollamento degli alberghi pari al 60% (il valore medio si aggira intorno al 40%). Il valore ottenuto, approssimato a **10.000 persone**, si aggiunge a quello della popolazione residente.
Un ulteriore fabbisogno è determinato dalla popolazione non residente e dagli ospiti delle strutture ricettive extralberghiere. In considerazione della presenza di numerose seconde case e delle attrezzature ricettive, si ritiene che può essere stimata una presenza aggiuntiva di circa **4.000 persone**.

In definitiva, il bacino di utenza di riferimento per l'ospedale unico, limitando l'analisi alla sola penisola sorrentina, può essere stimato in **95.000 persone**.

I presidi ospedalieri di Sorrento e Vico Equense sono strutturati, sotto il profilo amministrativo, come "Plessi" degli "Ospedali riuniti della Penisola Sorrentina". Gli ospedali sono amministrati, infatti, da un unico Direttore Sanitario.
Ai due ospedali si aggiunge, per il rilievo che assume nella proposta oggetto di studio, il cosiddetto "Ospedale Mariano Lauro", che occupa il sito indicato per la localizzazione dell'ospedale unico ed eroga attualmente servizi sanitari territoriali con l'unità operativa di Nefrologia, oltre ad ospitare la sede del Distretto sanitario.

La maggior parte dei servizi territoriali sono erogati nella struttura che occupa il sito dove è prevista la localizzazione dell'ospedale unico in Via Mariano Lauro:

Direzione del Distretto – Uffici Amministrativi – Assistenza Farmaceutica –

Assistenza Riabilitativa - Assistenza Sanitaria di Base - Centro Dialisi – Diabetologia
– Integrazione Socio Sanitaria – Invalidi Civili – Laboratorio Analisi – Medicina Fiscale
– Medicina Legale – Oncologia DH.

Sono presenti alcuni servizi a Meta in Via del Lauro 67:

Assistenza Anziani – Consultorio Familiare – Continuità Assistenziale – Materno Infantile.

Negli ambulatori di Massa Lubrense e Vico Equense (Fraz. Moiano) si erogano servizi di Continuità Assistenziale.

L'ospedale di Sorrento si trova ai margini del centro storico in prossimità dell'intersezione tra Viale degli Aranci e Corso Italia. Il sito è facilmente raggiungibile con gli autobus di linea, ma è piuttosto distante dalla stazione cittadina della Circumvesuviana.
L'organizzazione del presidio ospedaliero in dipartimenti e corrispondente dotazione di posti letto attuali e previsti è già stata sintetizzata in precedenza.
Nel corso dello studio sono state acquisite le informazioni disponibili sulle attività svolte nel presidio ospedaliero.
Nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2010 e l'8 marzo 2011 sono stati eseguiti 535 interventi chirurgici dei quali 42 (8%) in urgenza emergenza. Si registra nello stesso periodo anche un'intensa attività endoscopica, con 1080 esami e l'applicazione di 12 PEG (gastrostomie percutanee) per pazienti appartenenti al bacino dell'intera ASL NA 3 Sud.

Il Centro di rianimazione ha registrato nel 2010 206 ricoveri con 1656 giorni di degenza, per un indice occupazionale del 91%. Nel 2010 gli interventi chirurgici sono stati 407 e quelli di ortopedia 687. Nello stesso anno si sono svolti 86 impianti di pacemaker.
L'U.O.C. Cardiologia UTIC ha svolto nel 2010 5086 attività ambulatoriali. Il tasso di occupazione dei posti letto risulta addirittura superiore al 100% dei posti letto disponibili. I ricoveri effettuati nel 2010 sono in totale 1088, dei quali 701 ricoveri urgenti o ordinari (4112 giornate di degenza, 387 ricoveri in regime di Day Hospital (35,6%) di cui 28 in Day Hospital Riabilitativo, con 1192 accessi ospedalieri totali).
Un dato interessante per la comprensione del bacino di utenza dell'U.O.C. Cardiologia UTIC è la percentuale di pazienti ricoverati non residenti nei comuni della penisola sorrentina: 20,5%.

L'ospedale di Vico Equense è sito nel centro urbano di Vico Equense ed è facilmente raggiungibile con gli autobus di linea che servono le numerose frazioni del Comune, ma è piuttosto distante dalla stazione cittadina della Circumvesuviana e dai parcheggi pubblici.
L'organizzazione del presidio ospedaliero in dipartimenti e corrispondente dotazione di posti letto attuali e previsti è già stata sintetizzata in precedenza.
Nel corso dello studio sono state acquisite le informazioni disponibili sulle attività svolte nel presidio ospedaliero.
Nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2010 e l'8 marzo 2011 sono stati eseguiti 988 interventi chirurgici dei quali 38 (4%) in urgenza emergenza.
Gli interventi registrati nel 2010 dal Centro di Rianimazione di Vico Equense sono:

- Ostetricia e Ginecologia 432
- Chirurgia 931
- Oculistica 725
- Sala parto 1647 interventi di cui 939 parti.

La consistenza attuale dell'Ospedale Mariano Lauro, (attuale Distretto Sanitario n°59), dell'edificio è il frutto di successivi interventi di ampliamento e ristrutturazione. L'area occupata, pari a circa mq 4500, corrisponde ad una porzione della zona individuata dal vigente PRG come zona G di mq 9320. La zona G si estende anche in un lotto separato dal principale da Via M. Lauro di mq 2240.

L'edificio è articolato su 4 piani fuori terra ed un piano interrato. Le funzioni rilevate ai diversi livelli sono le seguenti:

PIANO INTERRATO
Spogliatoio – Locali condizionamento – Deposito ausili - Magazzino economato

PIANO TERRA
Deposito farmacia – Centro prenotazione – Locali 118 – Uff. Vaccinazioni – URP –
Ambulatori: Medicina legale, Geriatria, Urologia, Cardiologia I, Chirurgia, Medicina dello sport

PRIMO PIANO
FKT – Palestra – Ambulatori: Ortopedia, Angiologia, Ecografia – Centro Dialisi

SECONDO PIANO
Uffici amministrativi – Direzione – Ambulatori: Dermatologia, ORL, Oculistica,
Odontoiatria, Pneumologia, Medicina Interna/Reumatologia, Neurologia, Cardiologia II – Centro Diabetologia Territoriale

TERZO PIANO
Laboratorio Patologia Clinica (ospedaliero/distrettuale) – Ambulatori: Allergologia,
Oncologia, Terapia del dolore, DH Oncologico

La denominazione "Ospedale Mariano Lauro" testimonia l'originaria destinazione dell'edificio e rende omaggio al benefattore che donò alla comunità questa importante attrezzatura.

Il testamento olografo di Mariano Lauro del 10 marzo 1856, deceduto tre giorni dopo a soli 37 anni, così disponeva: ***… in morte di detta mia moglie*** (la sig.ra Giulia Baratta n.d.r.) ***voglio che sia formato un ospedale nella mia casa Villa Lauro (sita in Iommella Piccola) per tutti i poveri infermi che la casa potrà contenere e le rendite potranno essere capaci a mantenere, di tutti i casali e parrocchie di Massa Lubrense, di Sorrento, di Piano, di Meta e dei due villaggi di Montechiaro e di Alberi***.

Queste poche disposizioni testamentarie sono l'atto di nascita del primo Ospedale Unico della Penisola Sorrentina. È sorprendente leggere, dopo ben 155 anni, nell'indicazione delle fonti di finanziamento della gestione dell'ospedale – i casali da Vico Equense a Massa Lubrense – la stessa individuazione del territorio di riferimento di questo studio.
La nascita dell'ospedale ha preceduto la stessa costituzione, il 1° gennaio 1966, del Comune di Sant'Agnello. La lunga storia della gestione dell'ospedale, che giunge fino all'attuale attività di

competenza dell'ASL Napoli 3 Sud, è stata oggetto di molteplici passaggi tra diverse amministrazioni che hanno introdotto importanti modifiche all'edificio originario, fino all'integrale demolizione nel 1982 dell'originaria Villa Lauro.
La cronologia degli eventi che hanno caratterizzato l'evoluzione storica dell'ospedale è riepilogata in un documento elaborato nel novembre del 1993 dal comitato "Pro Ospedale Mariano Lauro". Una sintesi di questa cronologia viene riportata nel seguito.
L'Opera Pia Mariano Lauro fu gestita fino al 1867 alla Congrega di Carità di Sant'Agnello, anche se il testamento disponeva di affidarla all'Arcivescovo di Sorrento.
Dopo l'elevazione, il 9 agosto 1868, a Corpo Morale dell'Opera Pia, con Decreto Reale secondo la legge del 3 agosto 1862, fu approvato con R.D. del 9 luglio 1874 lo Statuto Organico dell'Ente. Solo con la riforma dello Statuto con R.D. del 15 dicembre 1895 veniva in qualche modo reintegrato nell'amministrazione dell'ospedale l'Arcivescovo di Sorrento in qualità di Presidente di una Commissione nominata dal Consiglio Comunale di Sant'Agnello.
Nel 1900 fu ricostruito il tetto della Villa e nel 1924 si realizzarono ulteriori lavori di trasformazione.
L'Oratorio di San Giuseppe, ancora esistente dopo le successive più radicali trasformazioni, risale al 1936.
La Villa originaria è stata in più riprese trasformata ed ampliata fino al 1982, anno della demolizione e ricostruzione. Il terzo piano è stato ultimato intorno al 1984.
Negli anni '90 sono stati realizzati ulteriori interventi di ampliamento e trasformazione che hanno portato all'attuale consistenza dell'edificio.
Il citato documento del Comitato "Pro Ospedale Mariano Lauro" riporta anche un utile riepilogo dell'evoluzione giuridica, con l'indicazione delle norme e dei provvedimenti amministrativi di maggiore interesse.
Da una ricognizione dei provvedimenti più recenti emerge che:

-La legge regionale 09.06.1980 n. 80 dispone all'art. 43 che *i beni mobili ed immobili nonché le attrezzature degli Enti ed Istituti di cui all' art. 66 – I comma - lettere a) e b) della legge 23 dicembre 1978, n. 833, saranno trasferiti al patrimonio del Comune in cui sono collocati, con vincolo di destinazione alla competente Unità Sanitaria Locale, gradualmente e non oltre un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge*;
-La norma citata così dispone: *Sono trasferiti al patrimonio del comune in cui sono collocati, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali:*
a) i beni mobili ed immobili e le attrezzature appartenenti alle province o a consorzi di enti locali e destinati ai servizi igienico-sanitari, [compresi i beni mobili ed immobili e le attrezzature dei laboratori di igiene e profilassi] ;
b) i beni mobili ed immobili e le attrezzature degli enti ospedalieri, degli ospedali psichiatrici e neuro-psichiatrici e dei centri di igiene mentale dipendenti dalle province o da consorzi delle stesse o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) di cui al settimo comma dell'art. 64, nonché degli altri istituti di prevenzione e cura e dei presidi sanitari extraospedalieri dipendenti dalle province o da consorzi di enti locali.
- con l'art. 3, c. 1bis del D.Lgs n. 502/92, così come modificato con art. 4 del D.Lgs n. 517 del 7/12/1993 oltreché con D.Lgs n. 229 del 19/06/1999, le Asl hanno acquistato, a differenza delle precedenti Usl, personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia patrimoniale, imprenditoriale e

con art. 5 ne è stato precisato il patrimonio costituito da: "*beni mobili e immobili alle stesse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità*";
-gli articoli 1, lettera p) della legge n. 421 e 5 del decreto legislativo n. 502 del 1992 (quest'ultimo nel testo vigente a seguito delle modifiche apportate dal decreto legislativo n. 517 del 1993) hanno previsto il trasferimento alle aziende - il primo - del patrimonio mobiliare e immobiliare, già di proprietà dei disciolti enti ospedalieri e mutualistici, che alla data di entrata in vigore della legge facesse parte del patrimonio dei Comuni e - il secondo - di tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito, e le attrezzature che, alla data di entrata in vigore del decreto, fossero compresi nel patrimonio dei Comuni e delle Province con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali. Le disposizioni richiamate lasciano, invece, fuori dal trasferimento i beni di cui all'art. 66, terzo comma, della legge n. 833 del 1978, beni appartenenti al patrimonio comunale anteriormente alla legge istitutiva delle unità sanitarie locali e a queste affidati in "gestione" dai Comuni (cfr. Sentenza C.Cost. n. 98/97);
-la visura catastale storica effettuata sulle particelle n. 110, 111 e 433 del foglio 3 indica come intestatario della proprietà dall'impianto meccanografico del 15.07.1968 l'Ospedale Lauro con l'indicazione dell'amministratore nella persona dell'Arcivescovo Giustiniani Giuseppe.

La programmazione sanitaria in Campania è affidata dal 24 luglio 2009 ad una gestione commissariale ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007 n.159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007 n. 222. Con deliberazione del Consiglio dei Ministri 23 aprile 2010, il Presidente della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso.

Con il Decreto n. 22 del 22.03.2011, il Commissario ad acta ha adottato il PIANO SANITARIO REGIONALE 2011-2013, adempiendo al punto t) della citata deliberazione del Consiglio dei Ministri, che indicava tale adempimento come prioritario.

Il Decreto n. 22/11 richiama il decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27 settembre 2010, di approvazione del PIANO DI RIASSETTO DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE. Il Piano recepisce le osservazioni formulate dal Ministero sul documento tecnico approvato con i precedenti decreti nn. 29 e 42 del 2010.

Nella parte seconda del documento allegato al Decreto n. 49/10 si definiscono le linee fondamentali della riorganizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali della Campania in una ottica di integrazione "ospedale-territorio" e di potenziamento della rete territoriale quale strumento per attuare la dismissione delle strutture ospedaliere e la loro riconversione.

Il Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013 provvede:

a. ad analizzare gli attuali elementi di contesto del Servizio sanitario regionale;
b. a definire, coerentemente con esso, le azioni per lo sviluppo del sistema;

c. ad identificare gli obiettivi da raggiungere nel triennio di validità del Piano;
d. ad individuare strumenti e metodi di valutazione delle performances.

L'insieme degli obiettivi prefissati ha la finalità di garantire il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario attraverso la riduzione strutturale del disavanzo, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il Decreto n. 49/10, recante il Piano di riassetto della rete ospedaliera e territoriale costituisce la programmazione di riferimento per la proposta oggetto di studio. Nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera, orientato *fortemente su un minor numero di presidi, sia pubblici che privati, maggiormente qualificati sia sul versante strutturale che su quello organizzativo*, non è previsto l'accorpamento in un unico sito dei due presidi ospedalieri presenti in penisola.

Ciò anche se la revisione della rete ospedaliera si pone l'obiettivo di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini, attraverso sia la riduzione delle attività ritenute inappropriate, con la conseguente riduzione di posti letto, sia la riorganizzazione funzionale ed operativa delle strutture ospedaliere. Altro elemento caratterizzante della revisione della rete ospedaliera, data la contiguità territoriale di alcune strutture pubbliche di ricovero con presidi di maggiori dimensioni o in condizioni tali da poter in brevissimo tempo ospitare un congruo numero di posti letto, è l'integrazione in un unico presidio di più strutture sanitarie con la finalità di accorpare unità operative della medesima disciplina, razionalizzare la distribuzione delle dotazioni tecnologiche, riordinare i processi di acquisto di beni e servizi. Tale confluenza di più presidi in un'unica struttura sanitaria di ricovero si pone, oltre gli obiettivi di razionalizzazione e di maggiore efficienza del sistema, anche quello di perseguire ulteriori economie.

Nel Decreto 49/10 *la congruità dimensionale di una struttura di ricovero pubblica per acuti, è valutata in almeno 100 posti letto*. La dotazione di posti letto prevista per i due presidi ospedalieri, 103 per il P.O. S. Maria della Misericordia a Sorrento e 100 per il P.O. De Luca e Rossano di Vico Equense, sono al limite della sostenibilità.

La scelta operata dal Commissario Straordinario, pur orientata decisamente nel senso dell'accorpamento dei presidi ospedalieri minori, pone il limite della sostenibilità dell'attuale organizzazione in una logica comprensibilmente conservativa, ove possibile, delle condizioni attuali.

È, peraltro, evidente che la proposta di accorpamento dei due presidi in un unico ospedale è in linea con la strategia complessiva della riorganizzazione e contribuisce al raggiungimento del duplice obiettivo della riduzione dei costi di gestione e del miglioramento della qualità dei servizi ospedalieri in penisola sorrentina.

La pianificazione urbanistica comunale nell'area sorrentino-amalfitana è attualmente regolata dalla legge regionale n. 35/87, con la quale è stato approvato il piano urbanistico territoriale dell'area.
Il sito oggetto di studio è inserito nella zona territoriale 2 - Tutela degli insediamenti antichi accentrati - sulle tavole di zonizzazione allegate al PUT. La normativa vigente in tale zona è dettata dall'art. 17 della legge ed è di seguito riportata.

Comprende gli insediamenti antichi ed accentrati di interesse storico, artistico ed ambientale, perimetrati e classificati secondo i criteri di cui alla relazione del Piano urbanistico territoriale parte 3.

Essa va trasferita nei Piani regolatori generali come zona "A" di Piano regolatore, ai sensi del D.M. 2 aprile 1968, n. 1444, oppure articolata in due zone di cui una classificata "A" - come sopra - e l'altra di "rispetto ambientale".

La normativa del Piano regolatore generale deve:

- per la zona "A" prevedere la redazione obbligatoria di Piani particolareggiati di restauro e risanamento conservativo, da redigere secondo le norme tecniche di cui al successivo titolo IV; fino all'approvazione dei suddetti Piani particolareggiati, consentire soltanto interventi di manutenzione ordinaria e consolidamento statico, entrambi secondo le norme tecniche di cui al successivo titolo IV;
- per la zona di "rispetto ambientale":
- impedire nuova edificazione privata;
- consentire, per l'eventuale edilizia esistente, quanto previsto relativamente alla precedente "zona territoriale 1b" per l'edilizia esistente a tutto il 1955;
- consentire, qualora la zona di "rispetto ambientale" non interferisca con le visuali prospettiche di osservazione degli insediamenti antichi, di cui alla zona "A", interventi pubblici per la realizzazione di scuole materne e dell'obbligo, di attrezzature di interesse comune e di impianti sportivi, il tutto nel rispetto delle caratteristiche ambientali.

Il Comune di Sant'Agnello è dotato di un Piano Regolatore Generale adeguato al PUT che colloca il sito oggetto di studio in Zona G – Attrezzature di interesse comune.

In tale zona si applica la normativa di seguito riportata.
ART. 56 - ZONE G - IMPIANTI ED ATTREZZATURE DI INTERESSE COMUNE E SERVIZI SOCIALI - (ZONA P.U.T. 2 – 4 - 6).

Comprendono le aree destinate ad attrezzature ed impianti di interesse comune già esistenti o da realizzare ed attrezzature di servizi sociali esistenti o da realizzare con iniziativa pubblica e/o privata. In tali zone il P.R.G. si attua mediante intervento diretto, nel rispetto dell'Indice massimo di fabbricabilità fondiaria di 1,50 (uno e cinquanta) mq/mq. per le nuove costruzioni, includendo nelle cubature realizzabili, quei già eventualmente esistenti nell'area.

L'altezza massima degli edifici sarà di ml.12,00 (dodici) fuori terra a condizione che gli edifici siano comunque compatibili con le caratteristiche ambientali e non interferiscano con le visuali prospettiche di eventuali insediamenti antichi di cui alla zona A.

Sono ammessi piani seminterrati ed interrati da adibirsi ad impianti tecnologici o ad area di parcheggio. La distanza dai confini delle nuove costruzione dovrà essere pari e non inferiore alla metà dell'altezza con un minimo consentito di ml. 5,00 (cinque).

Per gli edifici esistenti è consentita, oltre alla manutenzione ordinaria e straordinaria, il restauro e risanamento conservativo nonché la ristrutturazione edilizia, e solo nel caso di attrezzature pubbliche di interesse comune non ricadenti in Z.T. 2 del P.U.T., la sostituzione edilizia con un incremento del 15% della cubatura esistente a condizione che le nuove fabbriche abbiano un altezza non superiore a quelle preesistenti.

Nel caso di iniziativa privata i relativi permessi di costruire sono subordinati alla stipula di Convenzione che dovrà fissare le modalità di attuazione ed esecuzione degli interventi, di assunzione degli oneri di urbanizzazione da parte dei privati ed i criteri per concordare con il Comune eventuali agevolazioni per l' utilizzazione delle attrezzature da parte dei residenti nel Comune.

Le norme di attuazione sono state recentemente oggetto di una proposta di modifica di iniziativa comunale (delibera n. 25 del 15.04.2011), il cui iter di approvazione al momento non è ancora concluso. L'articolo 57 relativo alle zone G presenta un'articolazione in categorie delle attrezzature di servizi sociali e di interesse comune ed indica espressamente gli ospedali tra le attrezzature sanitarie e assistenziali.

L'altezza massima di m 12,00 consentita nella normativa vigente è stata ridotta a m 7,50. Sono state modificate le norme sulle distanze dai confini e dai fabbricati uniformandole a quelle generali.

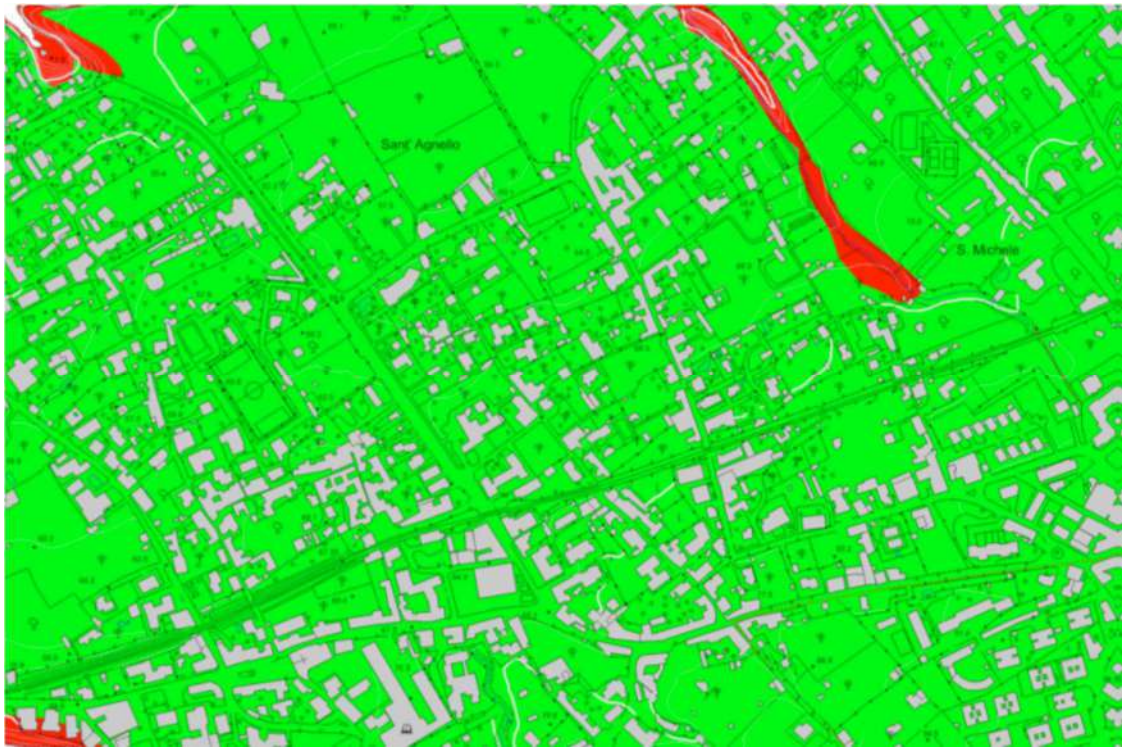
Il "Piano Stralcio di Bacino per l'Assetto Idrogeologico - P.S.A.I." è stato adottato dal Comitato Istituzionale con Delibera n. 4 del 28/07/2011 a seguito dei lavori della Conferenza Programmatica, conclusasi il 19/05/2011. Il P.S.A.I. si configura come stralcio funzionale relativo al rischio idrogeologico nell'ambito del Piano di bacino idrografico previsto dall'art. 17 comma 6-ter, della legge 18 maggio 1989, n.183 così come modificato dal D.L.gs. n. 152/2006, e dalla L.R. 7 febbraio 1994, n.8 e ss.ii.mm.

L'area è caratterizzata dai più bassi livelli di pericolosità e rischio del territorio comunale, come risulta dagli estratti di seguito riportati.

La carta del rischio da frana indica per l'edificio esistente e la viabilità il livello di rischio R1 – Rischio moderato.

R1 - Rischio moderato
R2 - Rischio medio
R3 - Rischio elevato
R4 - Rischio molto elevato

La carta della pericolosità indica per l'area un livello di pericolosità P1 – Pericolosità bassa o trascurabile.



Perimetrazioni AdB Sarno

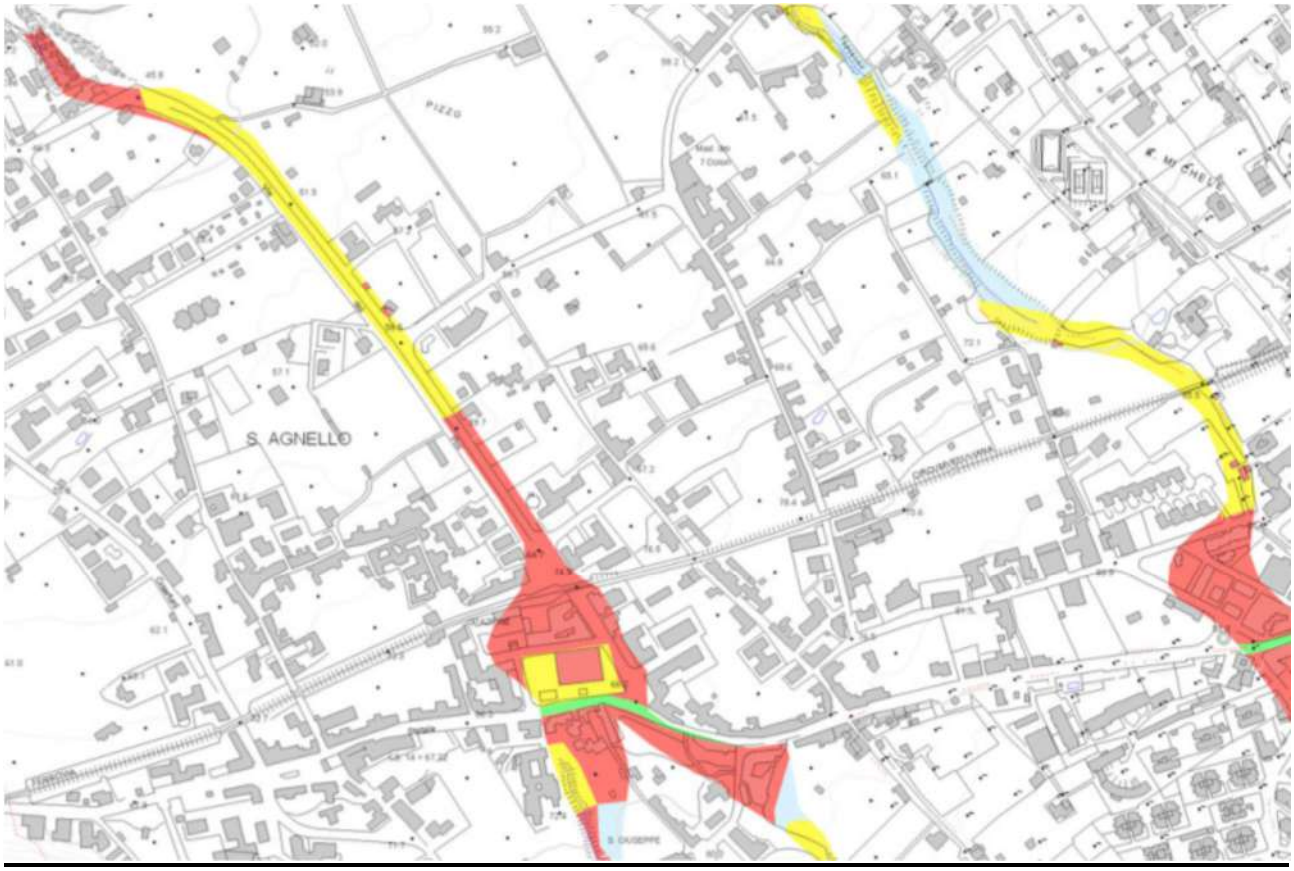
- P1 - Pericolosità bassa o trascurabile
- P2 - Pericolosità media
- P3 - Pericolosità elevata
- P4 - Pericolosità molto elevata

Il Viale dei Pini, posto lungo il margine occidentale dell'area, è interessato dalla presenza di una zona individuata tra le "fasce fluviali", corrispondente al riempimento dell'originario vallone.

Carta delle fasce fluviali

- A valliva
- A* valliva
- A montana
- B valliva
- B1 valliva
- B1* valliva
- B2 valliva
- B2* valliva
- B3 valliva
- B3* valliva
- B montana
- B1 montana
- B2 montana
- B3 montana
- C valliva

La carta del rischio idraulico inserisce Viale dei Pini tra le aree a rischio molto elevato.



Carta del rischio idraulico

- R1 - Rischio moderato
- R2 - Rischio medio
- R3* - Rischio elevato potenziale
- R3 - Rischio elevato
- R4* - Rischio molto elevato potenziale
- R4 - Rischio molto elevato

Nelle aree non soggette a rischio idraulico la normativa è dettata dal Capo IV delle norme di attuazione.

ARTICOLO 28. Disposizioni comuni per le aree a rischio medio e moderato da dissesti di versante.

1. Nelle aree a rischio medio e moderato da dissesti di versante sono consentiti tutti gli interventi e le attività possibili nelle aree a rischio molto elevato ed elevato, alle medesime condizioni generali per queste stabilite dall'articolo 20, nonché quelli indicati nei seguenti articoli 29 e 30.

2. Tutti gli interventi ammessi nelle aree a rischio medio e moderato da dissesti di versante:
• sono realizzati con tipologie costruttive finalizzate alla riduzione della vulnerabilità delle opere e del rischio per la pubblica incolumità e, su dichiarazione del progettista, coerentemente con le azioni, le norme e la pianificazione degli interventi di emergenza di protezione civile previste dal presente piano e dai piani di protezione civile comunali.
• sono accompagnati da indagini geologiche e geotecniche, ai sensi della normativa di settore vigente, estese ad un ambito morfologico significativo commensurato alla tipologia dei potenziali dissesti, alla morfologia dei luoghi ed alla natura dell'intervento;
• sono accompagnati dalla verifica del complesso degli impatti diretti ed indiretti che l'opera e/o le eventuali opere od attività ad essa connesse (es: nuove infrastrutture viarie, incrementi di flussi di traffico sulla viabilità esistente, nuove opere di urbanizzazione secondaria collegate all'intervento etc.), determinano sull'area di intervento e sulle aree contigue, in particolare se caratterizzate da maggiori livelli di pericolosità e rischio (P4- P3, Fasce Fluviali A e B, R3-R4) con il fine di non procurare aumenti del carico urbanistico e conseguente incremento di rischio in dette aree;
3. Le verifiche di compatibilità di cui al precedente comma, relative ad interventi consentiti nelle aree a rischio medio e moderato da dissesto di versante ed a pericolosità media e bassa o trascurabile, che per loro natura possono implicare incremento di carico urbanistico (infrastrutturale, residenziale, produttivocommerciale etc.) in aree contigue caratterizzate da maggiore pericolosità, sono sottoposte al parere dell' Autorità di bacino.

4. Nelle aree a rischio medio e moderato da dissesti di versante si applicano le disposizioni del Titolo IV relative alla disciplina delle aree di pericolo da dissesti di versante secondo i criteri stabiliti nell'articolo 32, commi 2 e 3.

ARTICOLO 29. Interventi consentiti nelle aree a rischio medio da dissesti di versante.

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 20, commi 5 e 6, e dalle disposizioni del Titolo IV, nelle aree a rischio medio da dissesti di versante sono esclusivamente consentiti:

a) gli interventi di ristrutturazione edilizia previsti dagli strumenti urbanistici, dai piani di settore e dalla normativa statale e regionale;
b) le nuove costruzioni edilizie e gli ampliamenti previsti dagli strumenti urbanistici nei centri abitati;
c) i nuovi insediamenti produttivi previsti dagli strumenti urbanistici e dai piani di settore così come adeguati al presente Piano Stralcioa norma dell'articolo 7;
d) la realizzazione e l'ampliamento di opere ed infrastrutture pubbliche o di interesse pubblico riferite a servizi essenziali e non altrimenti localizzabili;
e) l'adeguamento degli impianti esistenti di depurazione delle acque e di smaltimento dei rifiuti;
f) gli interventi di edilizia cimiteriale.
2. Sono soggetti a previo studio di compatibilità idrogeologica gli interventi di cui alle lettere b), c), d), e), f) di cui al precedente comma.
3. I vincoli di cui ai precedenti commi non concernono gli interventi e le opere pubbliche per cui, alla data alla data di pubblicazione sul B.U.R.C. dell'avviso di adozione delle misure di salvaguardia e di

mitigazione del rischio del presente Piano Stralcioda parte del Comitato Istituzionale, fossero stati già iniziati i lavori.

ARTICOLO 30. Interventi consentiti nelle aree a rischio moderato da dissesti di versante.

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 20, commi 5 e 6, e dalle disposizioni del Titolo IV gli interventi sul patrimonio edilizio esistente, i cambiamenti di destinazione d'uso, gli interventi di nuova costruzione, di ristrutturazione urbanistica e la realizzazione di nuovi impianti, opere ed infrastrutture pubbliche o di interesse pubblico sono quelli previsti dagli strumenti urbanistici e dai piani di settore e dalla normativa statale e regionale.

Le norme cui rinvia l'art. 30 sono le seguenti:

5. Tutte le nuove attività, opere e sistemazioni e tutti i nuovi interventi consentiti nelle aree a rischio da dissesti di versante devono essere conformi alle leggi di settore, alle norme in materia di realizzazione delle opere pubbliche e alle norme di tutela ambientale, nonché alle disposizioni degli strumenti urbanistici adottati o vigenti nello Stato e nella Regione Campania.

6. Tutte le nuove attività, opere e sistemazioni e tutti i nuovi interventi consentiti
nelle aree a rischio da dissesti di versante devono essere tali da:

-migliorare o comunque non peggiorare le condizioni di sicurezza del territorio e di difesa del suolo;
• non costituire in nessun caso un fattore di aumento del rischio da dissesti di versante;
• non costituire elemento pregiudizievole all'attenuazione o all'eliminazione definitiva delle specifiche cause di rischio esistenti;
• non pregiudicare le sistemazioni definitive delle aree a rischio né la realizzazione degli interventi previsti dalla pianificazione di bacino o dagli strumenti di programmazione provvisoria e urgente;
• garantire condizioni adeguate di sicurezza durante la permanenza del cantiere, in modo che i lavori si svolgano senza creare, neppure temporaneamente, un significativo aumento del livello di rischio o del grado di esposizione al rischio esistente;
• limitare l'impermeabilizzazione superficiale del suolo, impiegando tipologie costruttive e materiali tali da controllare la ritenzione temporanea delle acque anche attraverso adeguate reti di regimazione e di drenaggio;
• impiegare ove possibile tecniche a basso impatto ambientale;
• salvaguardare la risorsa acqua in funzione del minimo deflusso vitale o della potenzialità della falda.

Il Titolo II delle norme di attuazione si occupa del rischio idraulico e contiene forti limitazioni alla nuova edificazione anche pubblica. È in ogni caso prescritto, per le eventuali opere previste in tali aree, lo studio di compatibilità idraulica descritto dall'art. 40.

La ricorrenza di fenomeni di erosione del materiale di riempimento del vallone impone l'adozione delle specifiche misure dettate dall'art. 30bis delle norme di attuazione.

ARTICOLO 30 bis. Indagini nelle aree soggette a fenomeni di sprofondamento.

1. I progetti di interventi ricadenti in aree interessate da fenomeni di erosione sotterranea, fenomeni di "sinkholes", presenza di cavità nel sottosuolo – ancorché non perimetrate nel presente Piano - dovranno essere corredati da indagini idrauliche e geologico-tecniche idonee a valutare la compatibilità degli stessi con il rischio connesso a fenomeni di sprofondamento, con riferimento alle indicazioni dei più recenti studi sulla problematica.

Fin dalle prime fasi dell'elaborazione del presente studio si è imposta la necessità di valutare la possibilità di utilizzare l'edificio esistente, ricorrendo ad un ampliamento, piuttosto che ad un più radicale intervento di demolizione e ricostruzione. L'ampliamento, necessariamente associato ad un notevole intervento di ristrutturazione del volume esistente, presenterebbe, in generale, un potenziale vantaggio in termini economici, per i minori costi di ristrutturazione.

Le dimensioni stimate del nuovo ospedale sono nettamente superiori a quelle dell'edificio esistente ed una scelta di conservazione, in tutto o in parte, dell'edificio esistente presenterebbe una serie di controindicazioni di non scarso rilievo:

1. forte limitazione alle scelte progettuali, sia sotto il profilo architettonico che tipologico;
2. necessità di impegnativi e costosi interventi di adeguamento strutturale e impiantistico.

In particolare, le dimensioni del lotto individuato dal PRG di Sant'Agnello e di proprietà dell'ASL NA 3 non sarebbero sufficienti per ampliare l'edificio esistente raggiungendo le dimensioni richieste per il nuovo ospedale. L'attuale edificio occupa, infatti, la parte centrale del lotto e l'eventuale ampliamento volumetrico dovrebbe mantenere, per gran parte del suo sviluppo, una sufficiente distanza dai fronti dell'edificio esistente invadendo aree a destinazione diversa da quella ospedaliera.

Questa eventualità inciderebbe pesantemente sul procedimento di attuazione, introducendo la necessità dell'esproprio delle aree necessarie.

L'obiettivo della sicurezza antisismica è irrinunciabile per un nuovo ospedale e si scontra con la presenza di un edificio strutturalmente vulnerabile, in quanto realizzato prima della classificazione sismica dell'area. È noto che gli interventi di adeguamento antisismico, specie per edifici strategici, risulta spesso complesso e oneroso. In ogni caso, gli interventi sulle strutture potrebbero incrementare i costi di ristrutturazione fino a raggiungere o superare i costi della demolizione e ricostruzione.

Per le ragioni qui sintetizzate e per la rilevanza dell'obiettivo di dotare la Penisola Sorrentina di un ospedale aderente alle attuali linee guida progettuali, va scartata l'ipotesi di utilizzare in tutto o in parte l'edificio esistente.

L'area destinata al complesso Ospedaliero di Sant'Agnello è ubicata nel centro urbano del Comune ed ha accesso dal viale dei Pini e dalla via Mariano Lauro. Essa si compone di due aree divise dalla via M.Lauro, ed in particolare da una prima zona, la più ampia, posta in angolo tra il viale dei Pini e via M.Lauro, comprendente l'edificio esistente, di superficie complessiva pari a mq. 9109,00, ed una seconda zona, più piccola, posta ad angolo tra via M.Lauro e via Iommella Piccola, di superficie pari a mq. 2490,00, il tutto per complessivi mq. 11599,00.

Il suddetto complesso immobiliare risulta individuato con la seguente consistenza catastale:

Foglio 3 - Particella n. 110 – Ente Urbano	Mq. 1718,00 (Edificio)
Foglio 3 – Particella n. 111 – Agrumeto 2	Mq. 7391,00
Foglio 3 – Particella n. 433 – Agrumeto 2	Mq. 2490,00

Superficie complessiva Mq. 11599,00

La superficie rilevata sul rilievo aerofotogrammetrico è pari a mq 11730 e comprende anche il tratto di Via M. Lauro compreso tra i due lotti prospicienti e le particelle 112, 122, 432 e 5000 che pur essendo di proprietà dell'ASL NA 3 Sud sono attualmente utilizzate da privati.

A quest'area si aggiunge un lotto destinato per la maggior parte nella stessa zona G di PRG ed in parte a zona B* di superficie complessiva pari a mq 3173. L'area è individuata al catasto con le particelle nn. 388 e 394 del foglio 3.

L'area in questione risulta classificata nel Piano Urbanistico Territoriale, di cui alla Legge Regionale 27.06.1987 n. 35, in "Zona Territoriale 2 – Tutela degli Insediamenti Antichi Accentrati", mentre nel vigente Piano Regolatore Generale ricade in zona "G – Impianti ed attrezzature di interesse comune e servizi sociali" ed in parte in zona B*.

L'edificio esistente si compone di un unico corpo di fabbrica articolato volumetricamente con varie altezze.

Originariamente questo era costituito da una parte di superficie complessiva pari a circa mq. 882,21 con altezza di mt. 16,53 per un volume di mc. 14583,00, una parte di mq. 147,24 con altezza di mt. 4,83 per un volume di mc. 711,00, ed infine una parte con superficie di mq. 34,86 con altezza pari a mt. 3,60 per un volume di mc. 126,00.

Gli ultimi interventi di ristrutturazione dell'edificio hanno comportato l'edificazione di nuovi ampliamenti (verticale lato nord-est, deposito farmacia), nella misura complessiva di mq. 246,00, per un volume pari a mc. 852,56.

Complessivamente, quindi, l'edificio esistente presenta una superficie pari a mq. 1310,31 (882,21+147,24+34,86+246,00), ed un volume di mc. 16272,56 (14583,00+711,00+126,00+852,56), oltre alla Cappella di mc. 278,00, ed al parcheggio interrato di mq. 815,00.

Come già detto il lotto più esteso risulta classificato nel vigente Piano Regolatore Generale in zona "G – Impianti ed attrezzature di interesse comune e servizi sociali".

Dette aree sono destinate ad attrezzature ed impianti di interesse comune esistenti o da realizzare con iniziativa pubblica e/o privata.

In tali zone il P.R.G. si attua mediante intervento diretto, nel rispetto dell'Indice massimo di fabbricabilità fondiaria di 1,50 (uno e cinquanta) mc/mq. per le nuove costruzioni, includendo nelle cubature realizzabili, quelle già eventualmente esistenti nell'area.

L'altezza massima degli edifici sarà di ml.12,00 (dodici) fuori terra a condizione che questi siano comunque compatibili con le caratteristiche ambientali e non interferiscano con le visuali prospettiche di eventuali insediamenti antichi di cui alla zona A.

Sono ammessi piani seminterrati ed interrati da adibirsi ad impianti tecnologici o ad area di parcheggio. La distanza dai confini delle nuove costruzione dovrà essere pari e non inferiore alla metà dell'altezza con un minimo consentito di ml. 5,00 (cinque).

Per gli edifici esistenti è consentita, oltre alla manutenzione ordinaria e straordinaria, il restauro e risanamento conservativo nonché la ristrutturazione edilizia.

In relazione al volume esistente ed all'indice di fabbricabilità fondiaria previsto dal P.R.G. sull'area in questione rimane una residua possibilità edificatoria nella misura di mc. 847,00.

Infatti a fronte della superficie dell'area pari a complessivi mq.11599,00 con l'applicazione dell'indice di fabbricabilità di 1,50 mc/mq. è possibile realizzare una volumetria complessiva di mc. 17398,00, da cui detraendo il volume esistente pari a mc. 16551,00, resta una residua capacità edificatoria di circa mc. 847,00.

E' tuttavia da tenere in debito conto che tale previsione ordinaria del Piano Regolatore Generale può essere derogata a norma dell'art. 14 (Permessi di costruire in deroga agli strumenti urbanistici) del Decreto del Presidente della Repubblica 6.06.2001 n. 380, il quale, al comma 1, stabilisce che "*Il permesso di costruire in deroga agli strumenti urbanistici generali è rilasciato esclusivamente per edifici ed impianti pubblici o di interesse pubblico, previa deliberazione del consiglio comunale, nel rispetto comunque delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 22 gennaio 2004 n.42, e delle altre normative di settore aventi incidenza sulla disciplina dell'attività edilizia*",ed al comma 3 che "*La deroga, nel rispetto delle norme igieniche, sanitarie e di sicurezza, può riguardare esclusivamente i limiti di densità edilizia, di altezza e di distanza tra i fabbricati di cui alle norme di attuazione degli*

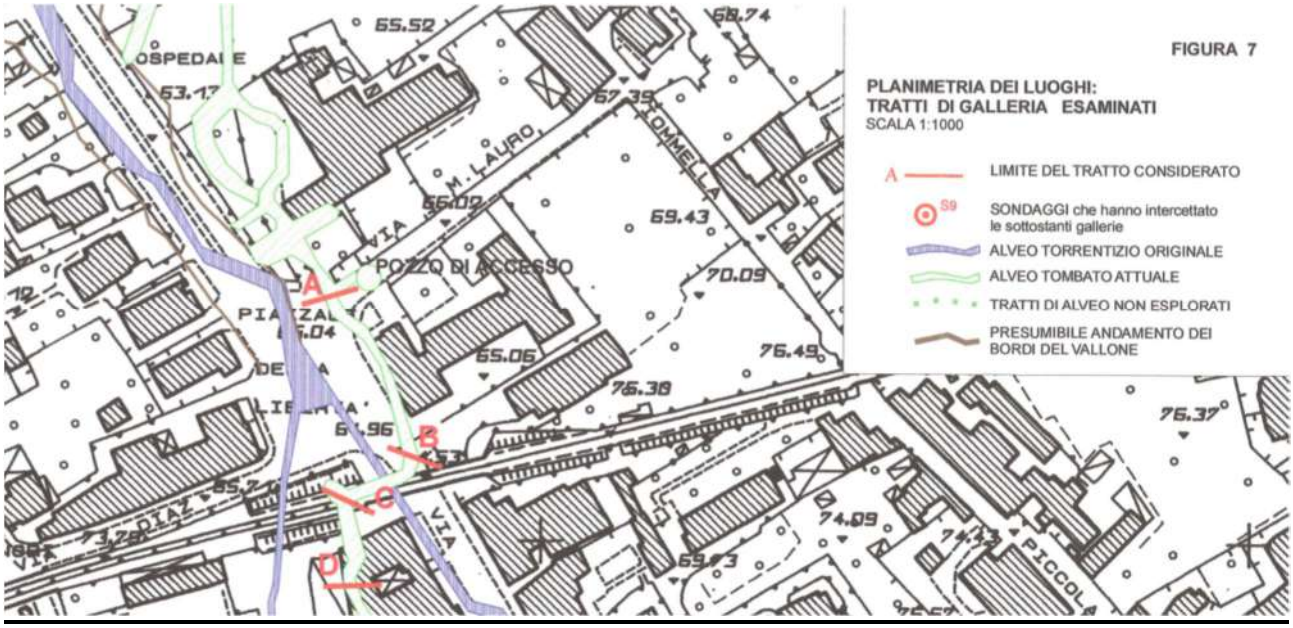
strumenti urbanistici generali ed esecutivi, fermo restando in ogni caso il rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 7, 8 e 9 del decreto ministeriale 2 aprile 1968, n. 1444".

In applicazione delle suddette disposizioni normative ne deriva che sull'area possono essere prodotte soluzioni progettuali anche in deroga rispetto ai limiti di densità edilizia, altezza e distanze stabilite dal P.R.G.

Per le aree destinate a zona G e B* in proprietà privata occorre provvedere all'introduzione del vincolo preordinato all'esproprio. Considerata l'importanza dell'opera ed il rilievo assunto dalla stessa anche in ambito sovra comunale, è consigliabile ricorrere all'istituto dell'accordo di programma regolato, oltre che dal T.U. EE.LL. D. lgs. 267/2000, anche dalla legge regionale 16/04, art. 12 e dal regolamento attuativo.

Lo sdf si è avvalso del quadro di conoscenze contenuto in uno studio redatto nel 2005 dal Geologo **dott. Angeo Stabile** per il Comune di Sant'Agnello nell'ambito di un intervento di Consolidamento del banco tufaceo sottostante la sede stradale di Viale dei Pini.

Lo studio, cui si rinvia per maggiori dettagli, è corredato, in particolare, da una planimetria dove sono riportati gli alvei presenti al di sotto della colmata. Da questo elaborato è possibile rilevare che, mentre l'alveo torrentizio originale attraversa Viale dei Pini senza penetrare nelle aree oggetto di intervento, tali aree sono interessate dalla presenza di cavità antropiche con pozzi di accesso indicate come "alveo tombato attuale".



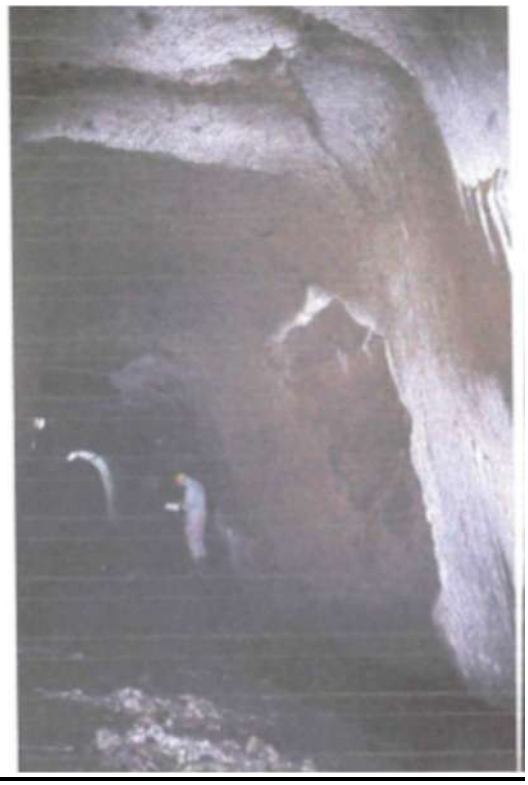
I tratti investigati nello studio non comprendono quelli che interessano maggiormente la realizzazione dell'ospedale, ma possono fornire utili indicazioni sulla natura delle cavità presenti anche nell'area di intervento.

Gli alvei naturali sono stati tombati a partire dagli anni '50 per recuperare ingenti porzioni di suolo alla viabilità, attraverso opere di colmata che sarebbero state impossibili senza deviare il corso dei torrenti. Il banco tufaceo si è prestato in modo ottimale alla realizzazione di cunicoli sotterranei con poca spesa ed offrendo la possibilità di riutilizzare nelle costruzioni i materiali asportati.

In passato si è dovuto assistere in varie occasioni allo sprofondamento della sede stradale a causa del dilavamento incontrollato del materiale di riempimento degli

alvei naturali attraverso la rete dei canali artificiali. Non vi sono testimonianze di crolli delle volte delle cavità, che si presentano generalmente in discrete condizioni statiche.

Nello studio del dott. Stabile viene riportata anche un'interessante documentazione fotografica delle cavità ispezionate, dalla quale si osserva la buona qualità del banco tufaceo.

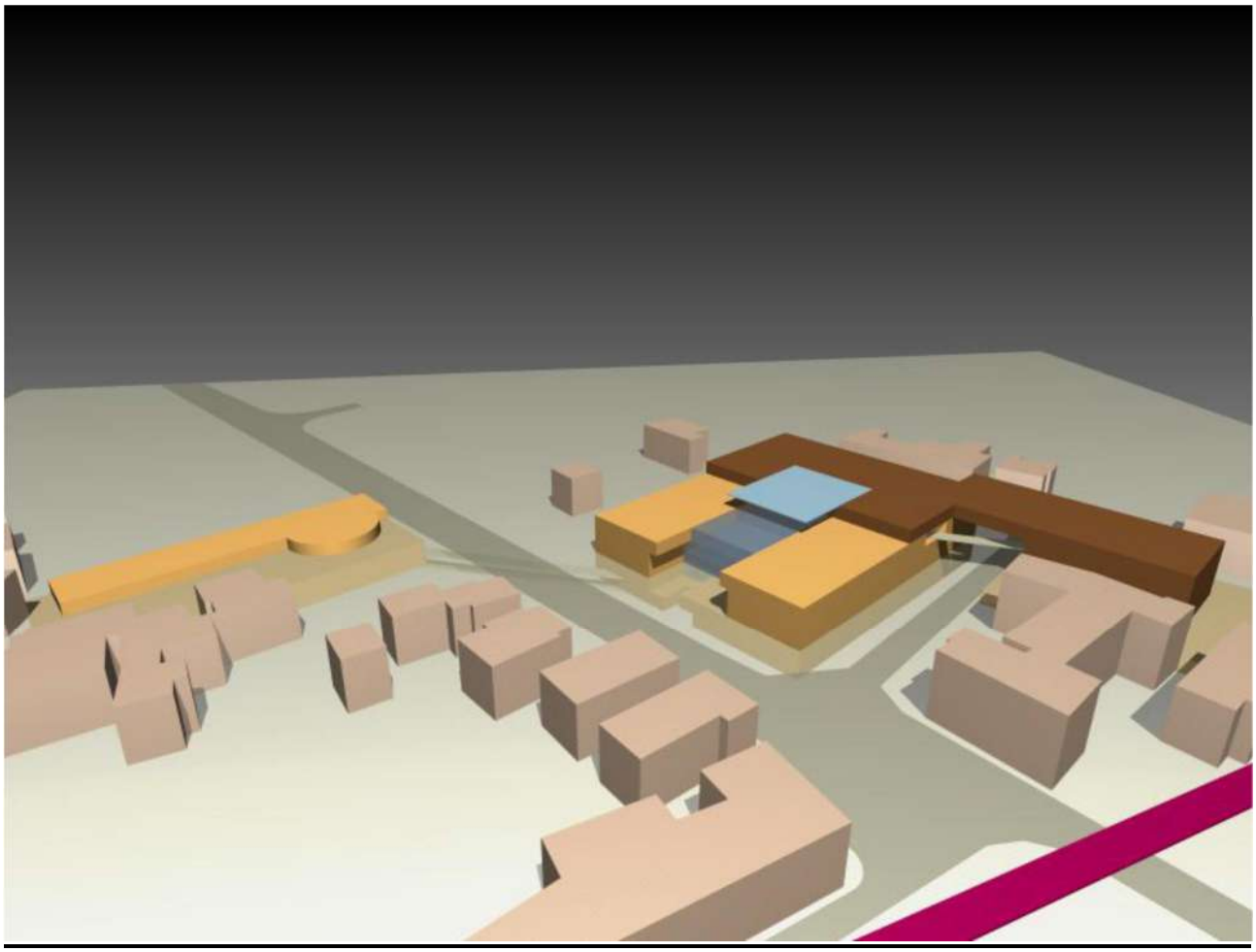


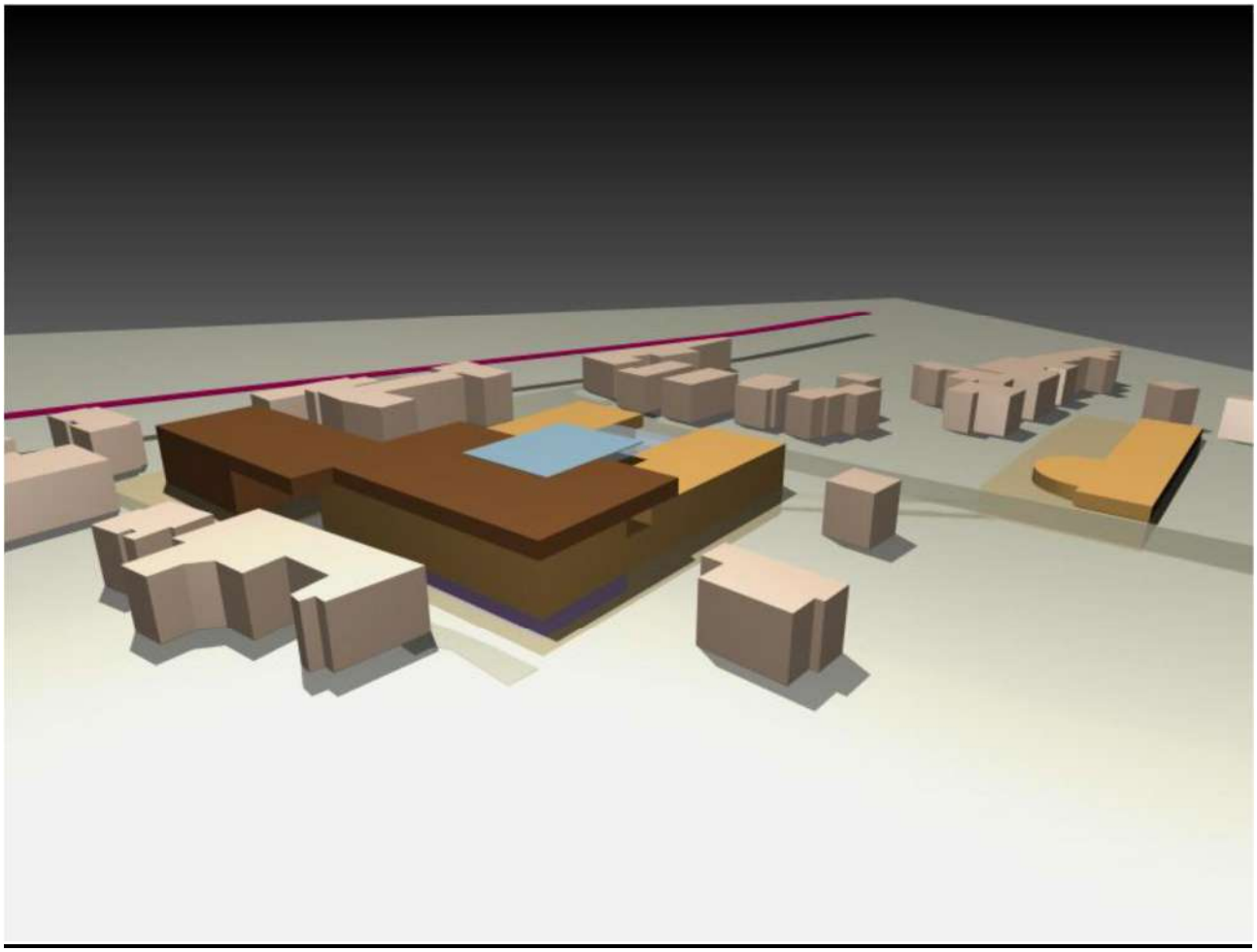
La quota di fondo delle cavità in prossimità di Via M. Lauro è sottoposta rispetto al livello stradale di circa 18 metri (profondità del pozzo di accesso). L'altezza delle cavità e la quota di imposta prevista per il costruendo ospedale sono tali da imporre l'adozione di opere di fondazione di tipo indiretto in corrispondenza delle cavità o di assicurare la stabilità del sottosuolo attraverso interventi di consolidamento sulle pareti e sulle volte delle stesse cavità.

SOLUZIONE 1

Le aree oggetto di intervento sono tre: l'area attualmente occupata dall'edificio del Distretto (zona G), l'area prospiciente separata dalla prima da Via M. Lauro (zona G) e la vicina area destinata a parcheggio dal PRG (zona P).

La superficie totale, come si è già detto, è pari a m2 14.635 (superficie rilevata su base aerofotogrammetrica).





Il parcheggio pubblico comprende un livello a raso e due interrati ed è dotato di un collegamento sotterraneo all'ospedale.

Il **piano terra**, come l'intero edificio, sarà caratterizzato dalla presenza di un **grande atrio** a tripla altezza strutturato come una vera e propria piazza coperta che costituirà l'elemento di raccordo tra l'ospedale e la città. Nell'atrio saranno collocati a vista gli ascensori e le scale di uso pubblico.

Nell'area destinata a parcheggio dal PRG è prevista anche la realizzazione di un'**elisuperficie** a servizio dell'ospedale e del territorio. L'intero piano è dedicato alle emergenze con Pronto soccorso, Rianimazione e Cardiologia UTIC.

Il **primo piano** ospiterà i dipartimenti di Ortopedia-Traumatologia, da organizzare sotto il profilo funzionale come *trauma team*, e quello di Oculistica. La parte rimanente del piano sarà impegnata dai laboratori di analisi. L'edificio che occupa il lotto più piccolo ospiterà parte degli ambulatori attualmente presenti nell'edificio di Via Mariano Lauro.

Il **secondo piano** ospiterà i dipartimenti di **Pediatria TIN** e le **sale operatorie** e **sale parto** con il dipartimento di **Ostetricia e Ginecologia**. L'edificio adiacente presenterà un livello destinato ad uffici amministrativi eventualmente dotato di un collegamento con l'atrio dell'ospedale.

Il **terzo piano** ospiterà i dipartimenti di **Medicina** e **Nefrologia**. La copertura accessibile del terzo piano sarà sistemata a verde, offrendo ai degenti la possibilità, compatibilmente con la patologia da cui sono affetti, di uscire all'aperto e godere di un panorama di notevole bellezza.

Il **1° piano interrato** ospiterà il dipartimento di **Radiologia**, il **Centro obitoriale** e gran parte dei servizi per il personale, dei magazzini e dei locali attrezzati di servizio. A questo livello sono disposti anche uno dei due piani del parcheggio pubblico esterno all'area ospedaliera ma collegato con l'ospedale ed il parcheggio per i dipendenti collocato nel lotto adiacente.

Il **2° piano interrato** ospiterà un parcheggio di servizio ed i locali destinati agli impianti. Anche a questo piano è prevista la possibilità di collegare l'ospedale con il connettivo del parcheggio pubblico.

SOLUZIONE 2.

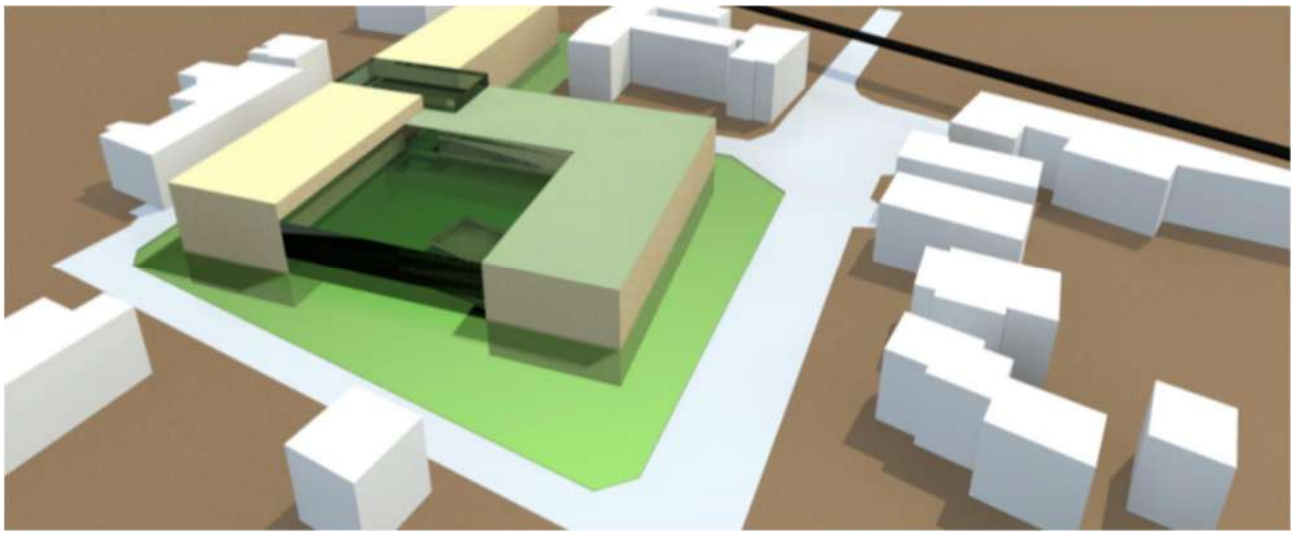
L'accorpamento delle due aree separate da Via M. Lauro e lo spostamento dell'esistente collegamento tra Viale dei Pini e Via Iommella all'interno del lotto principale consente di introdurre una continuità spaziale dell'edificio anche ai piani inferiori. Questa opzione rende notevolmente più funzionale il sistema dei collegamenti orizzontali e verticali dell'edificio e contribuisce alla flessibilità dell'organizzazione spaziale in vista di trasformazioni successive alla costruzione.

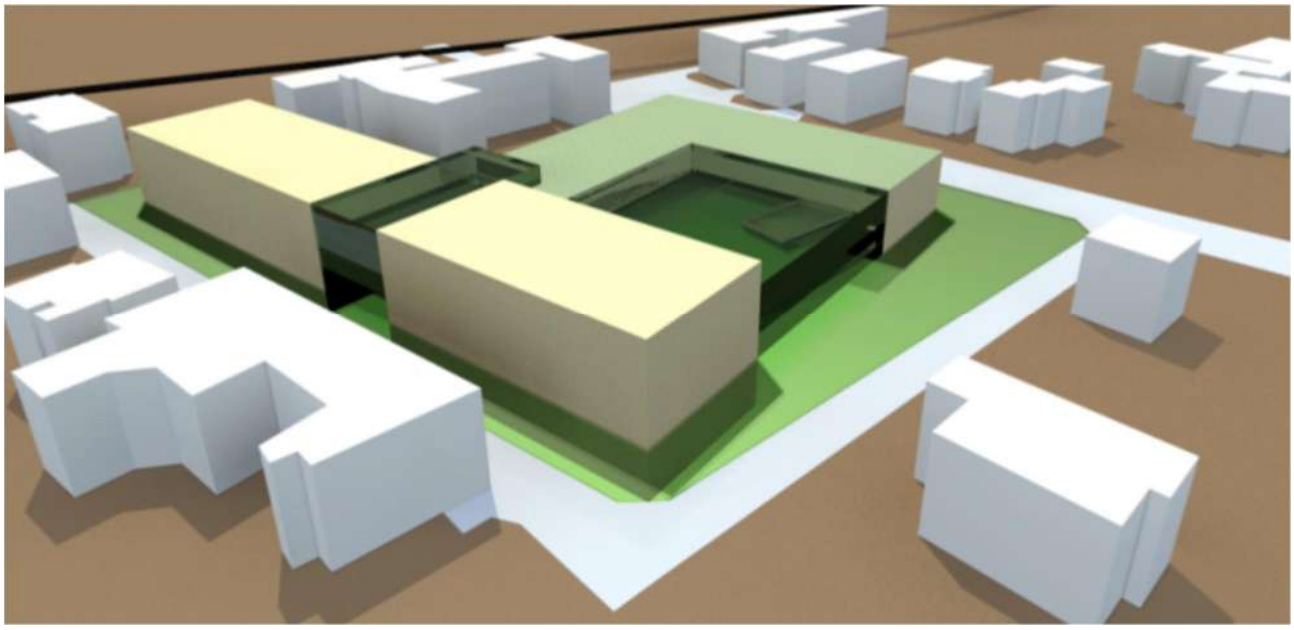
La delocalizzazione in un lotto vicino della parte amministrativa dell'ospedale e del Distretto non presenta controindicazioni di tipo funzionale e consente di ridurre la volumetria dell'ospedale entro limiti più accettabili in relazione alla superficie del lotto.

La superficie totale del lotto principale ammonta in questo caso a m2 11.730, quella del lotto destinato agli uffici amministrativi è pari a m2 1.120.

Questa soluzione è caratterizzata da una grande piazza coperta che integra l'esistente cappella quale testimonianza della storia dell'insediamento voluto dal benefattore Mariano Lauro.

La parte più alta dell'edificio è posta, come nella precedente soluzione, lungo Via Iommella, in modo da ridurre, anche rispetto all'edificio esistente, l'impatto sul paesaggio godibile dalla piazza e dalla strada principale.





Il **piano terra**, come l'intero edificio, sarà caratterizzato dalla presenza di un **grande atrio** a tripla altezza strutturato come una vera e propria piazza coperta che costituirà l'elemento di raccordo tra l'ospedale e la città. Nell'atrio saranno collocati a vista gli ascensori e le scale di uso pubblico.

L'intero piano è dedicato alle emergenze con Pronto soccorso con camere per l'osservazione breve, Rianimazione e Cardiologia UTIC. Gli ambulatori sono direttamente accessibili dall'atrio dove potrà essere organizzato anche il servizio di accettazione e gli spazi per l'attesa.

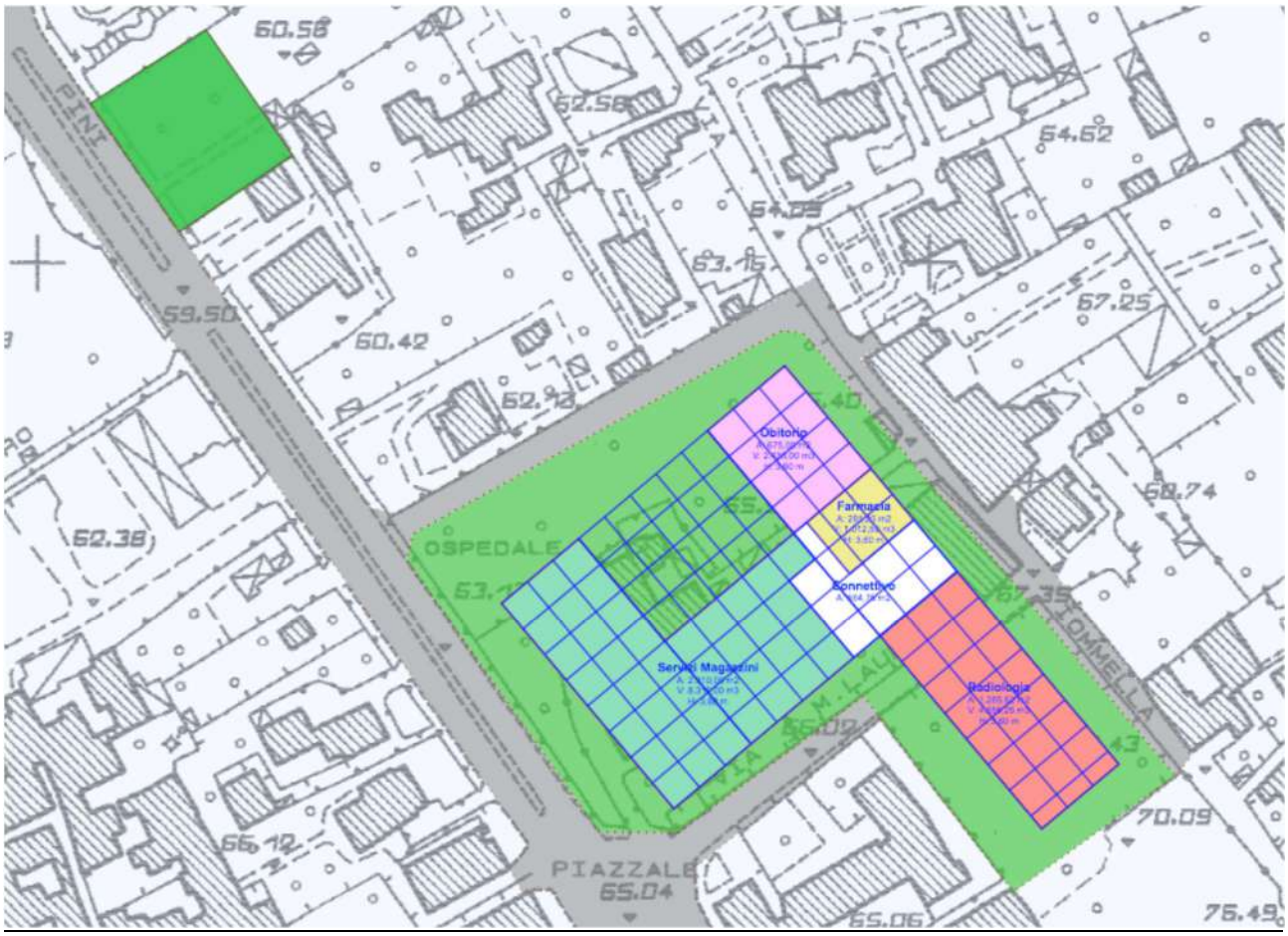
Il **primo piano** ospiterà i dipartimenti di Chirurgia e Ortopedia-Traumatologia, da organizzare sotto il profilo funzionale come *trauma team*, i laboratori di analisi e le sale operatorie.

Il **secondo piano** ospiterà i dipartimenti di **Medicina d'urgenza, Nefrologia e dialisi** ed **Oculistica**. Sono previsti anche ampi spazi per la socializzazione dei degenti e visitatori.

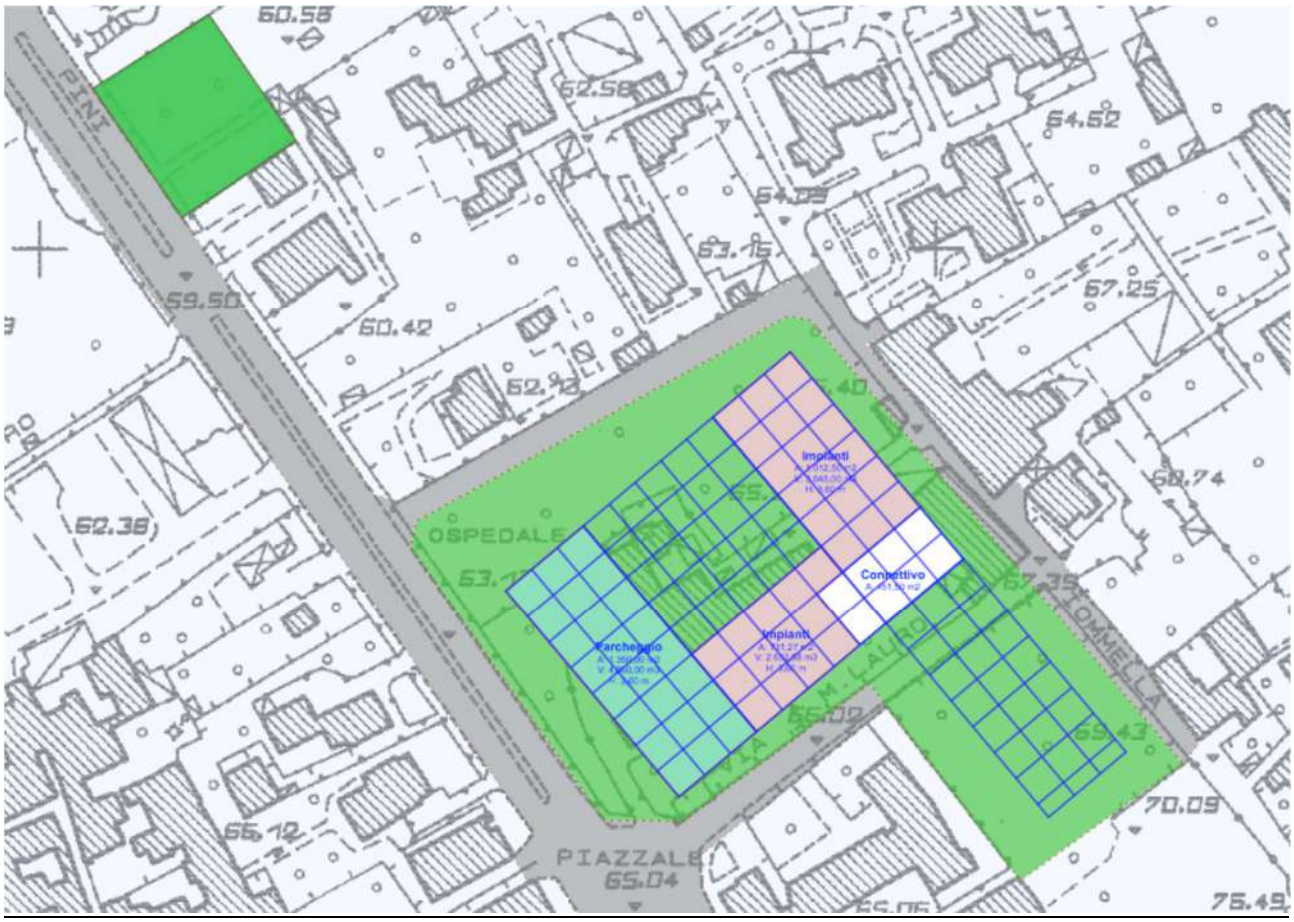
Uffici
Chirurgia 7 p.l.
Spazi comuni
Atrio e connettivo
Medicina 35 p.l.
Nefrologia Dialisi 15 p.l.
OSPEDALE
PIAZZALE
60.58
62.58
64.62
64.09
63.15
67.25
59.50
60.42
62.12
68.74
62.38
70.09
65.12
65.04
75.49

Il **terzo piano** ospiterà i dipartimenti di **Ostetricia e Ginecologia** e **Pediatria con T.I.N.**. La copertura accessibile del secondo piano sarà sistemata a verde, offrendo ai degenti la possibilità, dove possibile, di uscire all'aperto e godere di un panorama di notevole bellezza.

Il **1° piano interrato** ospiterà il dipartimento di **Radiologia**, il **Centro obitoriale**, la Farmacia e gran parte dei servizi per il personale, dei magazzini e dei locali attrezzati di servizio.



Il **2° piano interrato** ospiterà un parcheggio di servizio ed i locali destinati agli impianti.



La soluzione 3.

E' il frutto della collaborazione offerta dall'ASL Napoli 3 SUD alla discussione sull'organizzazione del nuovo ospedale nel contesto di una più generale riorganizzazione dei servizi territoriali.

La rappresentazione grafica di questa soluzione è riportata in allegato e mostra una proposta tipologica orientativa per le scelte progettuali.

La nuova soluzione, che è anche quella conclusiva dello studio di fattibilità, ha permesso di risolvere una delle maggiori criticità evidenziate nelle precedenti stesure dello studio: l'organizzazione delle attuali funzioni ospitate dall'edificio da demolire nella fase di costruzione. L'utilizzazione dell'intero lotto secondario destinato a zona G dal PRG, con l'aggiunta di una porzione in zona B* della particella catastale n. 388, consente di ipotizzare la realizzazione di un nuovo edificio idoneo ad ospitare le funzioni dell'edificio da demolire.

A seguito della realizzazione dell'ospedale, questo nuovo edificio continuerà a svolgere la propria funzione ospitando la sede del distretto e gli ambulatori.

La distribuzione degli spazi all'interno dell'ospedale tiene conto di alcune istanze provenienti dall'ASL Napoli 3 Sud e, tra queste, della richiesta di prevedere un'elisuperficie sulla copertura dell'ospedale abilitata anche al volo notturno.

L'organizzazione dei percorsi all'interno dell'ospedale è orientata verso la riduzione delle intersezioni tra i flussi dei visitatori e quelli degli operatori.

I sistemi di collegamento verticali dedicati ai visitatori sono prevalentemente integrati nella "piazza coperta", che rappresenta un grande e capiente centro di orientamento e smistamento degli utenti che utilizzano i servizi sanitari o visitano i degenti. I collegamenti verticali interni tra i dipartimenti disposti sui vari livelli saranno collocati in modo da disimpegnare le funzioni presenti su ciascun piano.

L'organizzazione dei dipartimenti privilegia la disposizione per piani di aree funzionali caratterizzate da maggiori livelli di interrelazione.

Il modulo strutturale utilizzato, una maglia con passo pari a m 7,50x7,50, ha indotto all'adozione di uno spessore standard del corpo di fabbrica di m 22,50, che può essere organizzato per fasce: due aree laterali dedicate alla degenza ed una centrale dedicata agli operatori e che ospiterà anche cavedi e collegamenti verticali.

Dalle verifiche condotte è possibile affermare la fattibilità tecnica ed amministrativa dell'intervento. Il profilo tecnico del giudizio di fattibilità è stato condizionato essenzialmente dalle particolarità geologiche del sottosuolo (presenza di cavità) e dalla ristrettezza del lotto a disposizione.

Il quadro delle conoscenze offerto da uno studio elaborato dal dott. A. Stabile non è risultato tale da compromettere la fattibilità dell'intervento, anche se ha imposto particolari cautele da adottare nelle successive fasi di progettazione.

La ristrettezza delle aree a disposizione non pregiudica la fattibilità dell'intervento. A tale conclusione si è giunti attraverso la stesura di una proposta progettuale di larga massima che, da una parte, consente una verifica della funzionalità dell'edificio in relazione alla specifica organizzazione e dotazione e, dall'altra, consente un controllo preliminare degli effetti sul paesaggio.

Il Rapporto Ambientale recentemente pubblicato dalla Provincia di Napoli per accompagnare l'iter di Valutazione Ambientale Strategica (VAS – D. Lgs. 3 aprile 2006, n°152) del PTCP definisce i caratteri distintivi del contesto in esame. Il R.A. indica con la codifica Y – Penisola Sorrentina, come Ambiente Insediativo Locale ricadente in tutto o in parte nell'Ambiente Insediativo Regionale 2 – Penisola Sorrentino-Amalfitana con l'Isola di Capri.

I caratteri ambientali vengono sintetizzati in una scheda descrittiva che è opportuno riportare per il rilievo della fonte da cui è tratta.

Il territorio della penisola sorrentina è parte di un'unità territoriale più ampia e complessa che comprende anche le aree della penisola ricadenti nella provincia di Salerno (costiera amalfitana). La complessiva unitarietà dei caratteri ambientali delle due aree, solo amministrativamente distinte, porta alla necessità di elaborare interpretazioni e valutazioni che tengano conto della intera struttura territoriale della penisola sorrentino-amalfitana. La penisola sorrentina si configura come una regione complessa dal punto di vista geomorfologico. I rilievi che ne formano l'ossatura sono le propaggini sud occidentali dei monti Lattari: la struttura principale parte a quota mare da Punta Campanella e, innalzandosi, si articola sulle vette dei monti S.Costanzo, Tore, Bosco, Vico Alvano, Comune, S.Michele. Le pendici occidentali del monte Faito e del monte S.Angelo a tre Pizzi e la Punta d'Orlando costituiscono una sorta di chiusura naturale della penisola Sorrentina. Il tratto di spartiacque compreso tra Punta Campanella e monte S.Michele si articola in posizione più prossima alla costa meridionale che a quella settentrionale; è possibile rilevare dunque una differenza sostanziale tra gli opposti versanti con una estensione trasversale minore di quello meridionale e con la presenza lungo la costa meridionale di un maggior numero di incisioni brevi e profonde. Gli elementi geomorfologici caratterizzanti sono rappresentati da pendii molto acclivi, con salti e strapiombi, che arrivando fino alla costa, la rendono alta e inaccessibile. Il reticolo idrografico dell'area si articola in valloni, valloncelli, fossi e in piccoli corsi d'acqua che arrivano fino al mare.

Dal punto di vista geologico, l'area della Penisola Sorrentina è costituita da quattro macrozone:
a) la prima macrozona è costituita da calcari e calcareniti della Penisola Sorrentina e dei Monti di Avella compresi in un intervallo altimetrico di 0-1500 m (s.l.m.) e con permeabilità in genere alta per fessurazione e carsismo. Tale zona è caratterizzata da versanti di faglia ad elevata pendenza ed in arretramento, rappresentanti elementi morfologici strutturanti il paesaggio visivo (M.te Cerasuolo, M.te Faito, M.te Ciavano), ben identificabili anche dal Golfo di Napoli per le alte vette e la morfologia articolata che li contrassegna; e dai versanti ad elevata pendenza lungo la linea di costa che costituiscono i versanti a picco sul mare tipici di tale zona;
b) la seconda macrozona, presente sui massicci carbonatici della Penisola Sorrentina, è costituito dalle coperture di prodotti piroclastici eterometrici a luoghi rimaneggiati ed a matrice prevalente caratterizzati da una permeabilità che varia in funzione della granulometria. La vulnerabilità di tale macrozona è connessa prevalentemente: ai fenomeni di crolli di blocchi tufacei e/o di blocchi calcarei costituenti il substrato, ai fenomeni di scorrimento-colata delle coltri piroclastiche, di erosione e trasporto lungo i solchi di erosione concentrata; alla vulnerabilità della falda medio alta ed alla pericolosità vulcanica bassa; c) la terza macrozona, limitata al settore sud-occidentale della Penisola Sorrentina (Comune di Massa Lubrense e parte dei Comuni di Sorrento e di Piano di Sorrento), è costituita principalmente da un'alternanza di strati arenaceomarnoso- argillosi e di arenarie grossolane comprese in un intervallo altimetrico di 0-600 m (s.l.m.) caratterizzate da permeabilità assai ridotta. La vulnerabilità di tale macrozona è connessa prevalentemente: ai fenomeni di scorrimento-colata nel flysch e secondariamente nelle coltri piroclastiche ed alla bassa vulnerabilità della falda;
d) la quarta macrozona, situata alla base dei versanti carbonatici della Penisola Sorrentina, è costituita da depositi detritici e da elementi carbonatici sciolti o poco cementati a cui sono associati depositi piroclastici sciolti talora presenti in livelli (a) passanti verso il basso a depositi ghiaioso – sabbioso – limosi e brecce di conoide (b) compresi in un intervallo altimetrico di 0-600 m (s.l.m.). La

permeabilità varia da media a bassa in (a), a più elevata in (b).

Il contesto in cui si inserisce l'intervento è caratterizzato dalla preesistenza di una pesante alterazione della conformazione naturale del suolo, che era caratterizzata dalla presenza di una profonda incisione del costone tufaceo attualmente coperta dalla colmata di Viale dei Pini.

L'urbanizzazione che si è sviluppata intorno al tratto iniziale di questa importate strada è recente e particolarmente addensata. L'altezza degli edifici prospicienti l'ospedale Mariano Lauro verso monte è notevole, mentre le aree a valle sono poco edificate e conservano i tratti della ruralità.

La ferrovia Circumvesuviana posta nelle vicinanze traccia una accentuata discontinuità nel tessuto urbano. Tale interruzione è attraversata al livello stradale mediante un ponte ad arco che rappresenta, a nostro giudizio, un punto sensibile dell'osservazione del paesaggio, in quanto rappresenta il confine ideale del centro urbano e definisce una sorta di involontaria "porta" della città.

Lungo il confine orientale si rileva la presenza di costruzioni in muratura di minore altezza e di aspetto più tradizionale, pur in presenza di vari elementi di alterazione recente.

L'edificio esistente è il frutto di vari interventi di ampliamento e non possiede elementi di particolare qualità architettonica. La notevole altezza dell'edificio sul fronte prospiciente Viale dei Pini limita notevolmente l'osservazione del paesaggio in direzione Nord.

Le scelte tipologiche già descritte nei paragrafi precedenti sono state orientate dal fondamentale obiettivo di ridurre l'impatto dell'intervento sul paesaggio, sia pure in uno specifico contesto caratterizzato da una recente urbanizzazione.

Il centro storico di Sant'Agnello è piuttosto lontano dall'area oggetto di intervento e la relativa percezione non sarà in alcun modo ostacolata dalla presenza del nuovo ospedale.

Nella soluzione proposta si è preferito ridurre l'altezza dei volumi più prossimi a Viale dei Pini, che è il principale luogo di osservazione del paesaggio. L'effetto che si intende ottenere è quello di una riduzione dell'impatto rispetto alla struttura esistente, pur in presenza di volumetrie notevolmente maggiori.

A tale scopo è risultata determinante la scelta di collocare nel sottosuolo tutte le funzioni che non necessitano di illuminazione e ventilazione naturale. Nella stessa direzione conduce l'adozione di parcheggi interrati in luogo di quelli a raso.

Le aree esterne e le coperture saranno sistemate, laddove possibile, a verde con alberature che attenueranno di molto la percezione del nuovo edificio.

La grande vetrata dell'atrio e la presenza di alberi anche negli spazi interni contribuirà a spezzare la monoliticità caratteristica dell'edificio esistente ed aprirà l'intervento alle esperienze progettuali più avanzate del settore.

Il presente studio di fattibilità è limitato alla verifica della fattibilità tecnica dell'intervento e nasce dall'iniziativa di tutti i Comuni della Penisola Sorrentina.

Lo sviluppo di un piano finanziario e di un modello attuativo dell'investimento va necessariamente accompagnato da un processo decisionale che deve coinvolgere anche il management dell'ASL e la Regione Campania.

Sommario

- Premesse ……. pag. 2
- Stima Costi dell'Intervento (quadro economico) ……. pag. 13
- Conclusioni dell'aggiornamento ……. pag. 14
- Relazione Tecnica / Sanitaria ……. pag. 15
- Grafici …… pag. 25
- Analisi del contesto territoriale e origini dello sdf ……..... pag. 35