

PROGETTO DI RIQUALIFICAZIONE, VALORIZZAZIONE E SFRUTTAMENTO ECONOMICO DI ATTIVITA' SENIOR HOUSING ALL'INTERNO DELLA CASERMA MURICCHIO IN NAPOLI

Il progetto originario presentato dal Consorzio, conformemente a quanto richiesto, è stato modificato e prevede attualmente la destinazione di **una parte maggioritaria dell'immobile ad attività di Senior Housing**, nonché ambienti con superficie minoritaria da destinare ad ambulatori medici ed analisi cliniche, oltre spazi comuni posti al piano terra, meglio descritti nell'allegata documentazione.

L'iniziativa è rivolta a favore dei dipendenti del Ministero della Difesa anche per i loro familiari e dei soci degli Enti no-profit aderenti al consorzio Assoadastra ed ulteriori attività connesse quali ad esempio: corsi di formazione e sale di riunione, sale per convegnistica, distribuzione farmaci e benessere della persona nonché ulteriori attività complementari del tipo: buvette, mensa, cucina, ecc.

Nelle fasi precedenti alla presentazione dell'istanza si è acquisito documento della Soprintendenza BAPSAE di Napoli (prot. n.9509 del 18.09.2017) attestante l'interesse storico della Caserma Muricchio conformemente alla richiesta che ne comunica la destinazione d'uso a struttura medico-assistenziale e didattica con relativi spazi di pertinenza, garantendo l'accessibilità al pubblico del bene culturale.

Trattasi di un Bene Monumentale di rilevante interesse storico-culturale sociale e ambientale della città di Napoli; **il fine dell'intervento è quello fondamentale del riuso.**

CENNI STORICI



Il Convento di S. Maria di Piedigrotta

Il complesso di Santa Maria di Piedigrotta, formato dalla chiesa di S. Maria di Piedigrotta e dal convento annesso, divenuto nel 1868 Ospedale della Marina militare, ha origine antichissime, perse tra storia e legenda. Si hanno notizie certe della sua esistenza nel 1207 (anche se non è certo se sia nato prima lo *spedale* o la chiesa) ed è cresciuto nel corso dei secoli, acquisendo sempre più importanza per i napoletani devoti al culto della Madonna.

Il chiostro e la chiesa nella tavola del Duca di Noja 1775



“Accanto all'ingresso della celebre grotta di Pozzuoli, che la leggenda attribuisce all'opera magica di Virgilio, sorgeva nel sec. XIII una chiesetta dedicata a S. Maria dell'Itria o Idria o De Litria, a causa di un'immagine bizantina ivi venerata. Quel titolo nel secolo successivo cedé il posto all'altro di Madonna di Pedegripta, volgarmente Piedigrotta, che i popolani invocavano non solo per aiuto dei mali, ma per dar forza ai loro giuramenti”.
Raffaele Corso www.treccani.it

Giovanni Scherillo scrive “Già nel 1207 esisteva quella chiesina. Ebbene: il medesimo D'Engeno reca il principio di un pubblico istromento in pergamena di lettere longobarde del 1276, nel quale si parla di un sacerdote secolare che col titolo di abbate avea cura non solo della chiesa di santa Maria di Piedigrotta, ma si ancora di un Ospedale, che alla chiesa era unito ed a cui apparteneva. (pag 9) G. Scherillo, La R. Chiesa di S. Maria di Piedigrotta, in Annali civili del Regno delle Due Sicilie, XLVIII (1853)

Ed ancora



“La chiesina addunque intitolate a santa Maria di Piedigrotta, di cui si ha memoria nel 1207, non solo col progresso del tempo non rovinò, non fu abbattuta, né soggiacque ad altro incidente che la facesse scomparire e dimenticare; ma venne sempre più crescendo d'importanza si pel documento del 1276 che ricorda lo

Spedale che le era annesso (rimanendo indeciso se in origine fosse stata edificata per servizio dell'Ospedale, o aggiunta all'Ospedale fabbricato in epoca posteriore ad essa); si per la frequenza e divozione de' marinai per documento del 1343; si in fine per la generale divozione del popolo napolitano per l'ultimo documento del 1349". G Scherillo, pag. 10 – Dettaglio immagine Homann – 1734

Secondo un'altra leggenda, il tempietto di questo nome sarebbe stato edificato nel 1353, in seguito all'apparizione miracolosa di Maria a tre persone contemporaneamente, un frate, una monaca e un eremita, nella notte dal 7 all'8 settembre; onde, poi, la festa che in tal giorno si celebra con grande devozione ed allegrezza. Al tempo dei Borboni, i sovrani si recavano personalmente alla chiesetta, dando luogo ad una magnifica "parata". Vi accorrono devoti e pellegrini da più provincie, e molti portano la nzerta, che consiste in un bastone sulla spalla con attaccate le primizie della stagione, specialmente grappoli d'uva. I fanciulli infilano cappelli di carta di strane fogge, a forma di pesce, di barca, ecc. Si mangia, si balla, si canta al suono di vecchi strumenti rumorosi . Raffaele Corso www.treccani.it

Successivamente per volere della famiglia Gaetani, nel 1450 l'edificio subì delle profonde trasformazioni per renderlo il più possibile adatto alle esigenze dei frati. Viene realizzato su progetto di Tommaso Malvito il chiostro rettangolare, orientato da oriente ad occidente caratterizzato dal pozzo centrale in pietra ed è delimitato da 8 arcate sui lati lungo e 6 sui lati corti. Lo stemma nobiliare della famiglia Gaetani è collocato sul capitello pensile posto sulla prima colonna a sinistra dell'entrata.

Nel 17° secolo viene aggiunto un successivo piano che modifica l'immagine del chiostro medioevale e per motivi statici vennero rinforzate le colonne portanti con pilastri.

Nel 1865 i lateranensi vennero espulsi dal convento destinato a sede dell'Ospedale della Marina Militare. (Fonte Internet Wikipedia)

DESTINAZIONE D'USO DELLA EX CASERMA MURICCHIO

La proposta progettuale prevede la riproposizione dell'originaria destinazione d'uso di assistenza socio-sanitaria, della sua valorizzazione mediante l'impiego di metodi e tecniche, all'interno di un organico e consapevole progetto di restauro, recupero e riqualificazione, previo adeguati studi ed analisi del sito e della sua genesi storica ed artistica, morfologica e demo-etno-antropologica.

La valenza territoriale della portata del *progetto-proposta preliminare*, è da considerarsi, oltre che a scala comunale anche e soprattutto, a scala regionale ed extra-regionale, stante l'importanza assistenziale e socio-sanitaria che tale iniziativa esprimerà.

Quanto riportato, nel seguito del presente documento, persegue il duplice fine del ribadire i contenuti a base dell'originaria richiesta di affidamento con il recepimento delle integrazioni richieste, coerentemente con l'avviso pubblicato sul sito istituzionale di Difesa Servizi S.p.A., a modifica e integrazione del paragrafo al penultimo capoverso del bando col quale è stato aggiunto il seguente periodo: *"Potranno essere valutate proposte che prevedano anche l'impiego una parte, non maggioritaria, dell'immobile quale residenza sanitaria assistenziale ovvero gabinetti medici e laboratori specialistici sanitari"*.

Conseguentemente si è ritenuto opportuno rispettare la prioritaria necessità formulata dalla Vs. Società, di adibire la maggior parte dell'immobile a servizi di senior housing ed escludere le altre zone con diversa destinazione, perche' non potranno essere autorizzate per insufficienza degli spazi prevedibili e dei costi gestionali.

Pertanto il progetto prevede :

- realizzazione al piano terra di spazi e zone comuni da destinare ad attività ricreative, studio, biblioteca, formazione per la terza età, sala mensa, cucina, buvette e distribuzione farmaci, attività del benessere e cura della persona.
- realizzazione al primo piano di ambulatori medici specialistici e centro raccolta per analisi cliniche ed alcuni ambienti da destinare a Senior House;
- realizzare al secondo piano per l'intero ed alcuni ambienti al primo piano evidenziati, come in progetto, in planimetria delle camere da destinare a Senior Housing (in luogo delle camere originariamente destinate a foresteria e ad

ambulatori medici) con superfici e volumetrie maggiori rispetto agli altri servizi offerti;

L'iniziativa tiene conto del livello della definizione della proposta avanzata (preliminare) in relazione alla richiesta di affidamento dell'immobile e della realizzazione dell'intervento, in uno con l'attuale panorama urbanistico-edilizio e vincolistico.

E' evidente che la riproposizione dell'originaria destinazione è fattore fondamentale per la fattibilità dell'intervento; il riferimento della fattibilità è, quindi, rivolto allo scenario urbanistico attuale.

DESCRIZIONE GENERALE DELL'INTERVENTO

- Il Consorzio Assoadastra Impresa Sociale, ha come obiettivo **la realizzazione, ovvero la riproposizione, di una struttura socio assistenziale (SENIOR HOUSING)** all'interno del complesso architettonico sede della Caserma Muricchio, da destinare, in via prioritaria, alla utenza militare per i dipendenti del Ministero della Difesa e loro familiari e dei soci degli Enti no profit aderenti al Consorzio ASSOADAstra.
- Cio' viene reso possibile mediante interventi di ristrutturazione (edilizia, urbanistica ed impiantistica) nel rispetto dei vincoli esistenti; interventi rivolti al riutilizzo, alla valorizzazione funzionale dell'edificio mediante il suo riuso, congiuntamente alla salvaguardia ed alle esigenze di conservazione dei valori storico-artistici e culturali che il complesso monumentale rappresenta ed alla conseguente rivalutazione. La valorizzazione sarà perpetrata tramite l'apertura del complesso anche alle scuole sulla scorta di apposita convenzione col Comune.
- In tal modo ogni tipo di attività pianificata e progettata, sarà funzionale alle esigenze di comunicazione e di interconnessione con l'esterno in chiave telematica e di fruizione anche da remoto, tanto nelle fasi di anamnesi e studio iniziali, che nelle fasi di realizzazione delle opere, che nella gestione delle attività.
- Pertanto, l'integrazione al progetto, si concreta mediante la proposta di destinare la parte a gabinetti medici e laboratori specialistici sanitari al primo piano, con ulteriori attività complementari al piano terra, e una parte maggioritaria da destinare a

Senior Housing e di accoglienza al secondo piano ed in parte al primo piano mediante la chiesta trasformazione .

Il progetto di massima prevede la realizzazione delle attività così come riportato negli allegati grafici a corredo della domanda di affidamento.

Al piano terra trovano collocazione: l'androne di ingresso pedonale dal lato Est munito di porta carrozzine per disabili, la portineria-call center, dal retro, lato Ovest l'ingresso carrabile sopradescritto, ancora al piano terra, insistono le sala formazione, distribuzione farmaci e benessere della persona ed altre sale polifunzionali per il benessere psico fisico della persona, bouvette, cucina e mensa, servizi igienici compresi quelli per diversamente abili, oltre i disimpegni e i gruppi ascensori montacarichi e montalettighe, il chiostro.

Al primo piano trovano collocazione: gli ambulatori medici di differenti discipline mediche, laboratorio analisi in parte del primo piano, compresi servizi igienici, e n. 5 camere destinate a Senior Housing, munite di servizi igienici, sono altresì a servizio gli ambienti per archivio, uffici amministrativi, deposito e amministrazione.

Infine , al secondo piano, trovano collocazione le camere destinate a Senior Housing dotate di servizi igienici, stanza per sorveglianza medica, spogliatoi e servizi igienici per il personale

Tutti i livelli sono serviti da idonei elevatori con possibilità di accesso ai diversamente abili che potranno raggiungere ogni spazio del complesso.

Il progetto prevede la realizzazione di idonei collegamenti verticali ed il rafforzamento di quelli con il secondo piano; allo scopo è previsto l'inserimento di un monta lettighe, oltre l'ascensore già esistente; si prevede, altresì, l'installazione di montacarichi per le attività di servizio anche al fine di eliminare possibili interferenze o intersezioni, tra i flussi del personale e del pubblico, degli approvvigionamenti (pulito) e dei flussi di uscita (sporco), un porta carrozzina disabili sulla scala di accesso fronte strada

Per il soddisfacimento delle esigenze richieste in materia di sicurezza, sono previsti idonei percorsi dotati di porte tagliafuoco; inoltre in ulteriori zone strategiche

e lungo le vie di fuga, potranno essere collocate delle zone filtro: il così detto “*spazio calmo*” attesa la peculiarità degli spazi da salvaguardare e trattandosi di un edificio monumentale a “tipologia speciale” ovvero molto dissimile dall’edilizia convenzionale di tipo abitativo o per uffici.

I relativi costi della sicurezza, di norma, sono determinati in percentuale rispetto al costo stimato degli interventi edilizi ed impiantistici; gli oneri della sicurezza, di regola, risultano inclusi nei costi unitari dei singoli interventi non suscettibili di ribasso, pertanto questi vanno estrapolati dall’importo dei lavori che può andare a ribasso d’asta.

Inoltre il Consorzio sostiene comunque ulteriori costi aggiuntivi relativi alla sicurezza aziendale: i maggiori costi della *sorveglianza sanitaria*: in primis le visite mediche e l’idoneità alla mansione per ogni singolo dipendente; inoltre vi è la formazione e informazione periodica in materia di primo soccorso, antincendio, ponteggiatori, ecc., con la relativa acquisizione degli attestati di idoneità, corsi per specifici interventi della sicurezza e per talune lavorazioni, ecc. che vanno aggiunti ai costi della sicurezza delle lavorazioni.

La strategicità logistica e centralità del sito, di natura oggettiva, accentua l’interesse sotto il profilo dell’uso, o meglio del riuso, della struttura; ciò proprio in considerazione della sua storicità e quindi della sua valorizzazione quale peculiare requisito soggettivo di rara presenza territoriale, e della destinazione d’uso (socio-sanitaria) che ne consente la fattibilità sotto ogni profilo.

Infatti, la zona della città in cui rientra, si caratterizza proprio per la centralità e i servizi dei mezzi pubblici di cui è ampiamente dotata: viabilità di veloce scorrimento, non lontana dalle uscite della tangenziale di Fuorigrotta e del Vomero. Nelle immediate adiacenza vi è la fermata di Mergellina della Metropolitana, il sito è collegato anche con la Cumana: fermata del Corso Vittorio Emanuele, nonché dalle reti di bus pubblici da e per i vari quartieri della città. Completano i collegamenti, con l’esterno, anche il servizio di Taxi presente nelle immediate vicinanze della Stazione della Metropolitana di Mergellina.

Il complesso immobiliare della Caserma Muricchio, come già sopra accennato, è dotato, oltre che di ingresso principale pedonale centrale, un porta

carrozzina disabili sulla scala di accesso fronte strada, anche di ingresso carrabile al piano terra posto sul lato Sud, accessibile alle autoambulanze ed emergenze di vario genere; da tale ingresso posto alla fine delle Rampe S Antonio, si prevede l'ingresso alle persone diversamente abili anche se interessate da disabilità temporanea.

SENIOR HOUSING

LA SITUAZIONE IN EUROPA

Nella maggior parte delle realtà nazionali, le residenze semplicemente socio-assistenziali superano per posti-letto le istituzioni di ricovero sanitarizzate; quindi, ancora una volta, le soluzioni abitative leggere giocano un ruolo importante nello spazio intermedio di protezione tra domicilio privato e residenze propriamente a carattere sanitario e destinate eminentemente ai percorsi di fine vita.

La percentuale di persone ultra 65enni che ricevono cure domiciliari di lungo termine traccia una chiara linea di separazione tra il Nord dell'Europa - con punte oltre il 20% della popolazione anziana in Danimarca, Olanda, Islanda e i paesi nordici in generale sopra il 10% - e il Sud, sotto la media europea del 7-8% nel 2009, con un dato italiano stimato intorno al 3% [Council of the European Union, 2009].

Questa differenza corrisponde alla reale demarcazione tra le politiche di medio-lungo termine adottate da paesi che hanno da tempo individuato linee-guida progettuali strategiche per l'invecchiamento demografico e nazioni con sistemi legati alla risposta immediata all'emergenza e senza un'elaborazione prospettica per il prossimo futuro del loro *welfare*

Se dunque esiste in Europa un *trend* virtuoso da considerare come riferimento positivo per le necessarie politiche del futuro è quello dell'investimento sulla *domiciliarità globale*, un termine che nelle realtà evolute non comprende solo servizi, ma sostanziose politiche di *housing sociale* e reti operative a forte integrazione di competenze.

La durata media dell'accoglienza è di 21,7 mesi nelle Ca – con assistenza sanitaria (mediana 12, moda 12) e di 48,3 mesi nelle Ab – senza assistenza sanitaria (mediana 41, moda 84). Nelle Ca si trovano molte accoglienze di poche settimane o pochi mesi, oppure vincolate a una durata specifica [30 o 90 giorni nei casi più frequenti] da limiti specifici previsti dal regolamento delle strutture. Tenzialmente, le strutture di tipo Ca sembrano orientate verso un'accoglienza di breve periodo, ma entro un arco temporale che può estendersi anche a uno o due anni. Al contrario, le soluzioni Ab sembrano per loro natura orientate verso accoglienze pluriennali e di lungo periodo.

LA SITUAZIONE IN ITALIA

L'Istat ha reso noti i risultati del Censimento generale del 2018 e 2019. Ne emerge un Paese "sempre più vecchio". Se nel 1951 avevamo meno di un anziano per ogni bambino oggi per ogni bambino abbiamo cinque anziani con l'indice di vecchiaia (dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e quella con meno di 15 anni) notevolmente aumentato passando dal 33,5% del 1951 a quasi il 180% del 2019.

La popolazione totale. Detto questo al 31 dicembre 2019 la popolazione censita in Italia ammonta a 59.641.488 residenti - circa 175mila persone in meno rispetto al 31 dicembre 2018, pari a -0,3% - ma risulta sostanzialmente stabile nel confronto con il 2011 (anno dell'ultimo censimento di tipo tradizionale), quando si contarono 59.433.744 residenti (+0,3%, per un totale di +207.744 individui).

Rispetto al 2011, i residenti diminuiscono nell'Italia Meridionale e nelle Isole (-1,9% e -2,3%), e aumentano nell'Italia Centrale (+2%) e in entrambe le ripartizioni del Nord (+1,6% nell'Italia Nordorientale e +1,4% nell'Italia Nord-occidentale). Più del 50% dei residenti è concentrato in cinque regioni, una per ogni ripartizione geografica: Lombardia (16,8%), Veneto (8,2%), Lazio (9,7%), Campania (9,6%) e Sicilia (8,2%).

La popolazione residente diminuisce nei comuni con meno di 5mila abitanti (-520.843 individui rispetto al 2011) e aumenta in tutte le altre classi dimensionali, soprattutto nei

comuni tra i 50mila e i 100mila abitanti (+3,6%) e in quelli con oltre 100mila abitanti (+2,5%). Questa dinamica è dovuta principalmente ai cittadini stranieri, la cui presenza aumenta in tutte le classi di ampiezza demografica. Gli italiani invece diminuiscono in tutte le classi di comuni, a eccezione di quella tra 50mila e 100mila abitanti.

PROSPETTO 2. POPOLAZIONE RESIDENTE AL 2019 PER SESSO, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E REGIONE, POPOLAZIONE RESIDENTE AL 2011 E VARIAZIONI ASSOLUTE 2019-2018 E 2019-2011 PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E REGIONE. Valori assoluti

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31 DICEMBRE 2019			Popolazione residente 2011	Variazione di popolazione tra il 2019 e il 2018	Variazione di popolazione tra il 2019 e il 2011
	Maschi	Femmine	Totale			
Italia Nord-Occidentale	7.798.925	8.189.754	15.988.679	15.765.567	-9.352	223.112
Italia Nord-Orientale	5.681.723	5.945.814	11.627.537	11.447.805	-954	179.732
Italia Centrale	5.719.084	6.112.008	11.831.092	11.600.675	-37.392	230.417
Italia Meridionale	6.687.726	7.019.543	13.707.269	13.977.431	-83.593	-270.162
Italia Insulare	3.162.638	3.324.273	6.486.911	6.642.266	-43.894	-155.355
Italia	29.050.096	30.591.392	59.641.488	59.433.744	-175.185	207.744
Piemonte	2.095.058	2.216.159	4.311.217	4.363.916	-17.348	-52.699
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	61.121	63.913	125.034	126.806	-619	-1.772
Lombardia	4.912.375	5.115.227	10.027.602	9.704.151	16.769	323.451
Trentino-Alto Adige/Südtirol	531.506	546.563	1.078.069	1.029.475	4.035	48.594
Veneto	2.389.717	2.489.416	4.879.133	4.855.904	-5.457	21.923
Friuli-Venezia Giulia	586.719	619.497	1.206.216	1.220.291	-4.198	-12.769
Liguria	730.371	794.455	1.524.826	1.570.694	-8.154	-45.868
Emilia-Romagna	2.173.781	2.290.338	4.464.119	4.342.135	4.666	121.984
Toscana	1.784.318	1.908.237	3.692.555	3.672.202	-8.788	20.353
Umbria	419.894	450.271	870.165	884.268	-3.579	-14.103
Marche	735.691	776.981	1.512.672	1.541.319	-7.649	-28.647
Lazio	2.779.181	2.976.519	5.755.700	5.502.886	-17.376	252.814
Abruzzo	631.743	662.198	1.293.941	1.307.309	-6.704	-13.368
Molise	147.953	152.563	300.516	313.660	-3.274	-13.144
Campania	2.784.616	2.927.527	5.712.143	5.766.810	-28.148	-54.667
Puglia	1.923.532	2.029.773	3.953.305	4.052.566	-22.223	-99.261
Basilicata	272.150	281.104	553.254	578.036	-5.333	-24.782
Calabria	927.732	966.378	1.894.110	1.959.050	-17.911	-64.940
Sicilia	2.370.942	2.504.348	4.875.290	5.002.904	-33.258	-127.614
Sardegna	791.696	819.925	1.611.621	1.639.362	-10.636	-27.741

I cittadini stranieri. Il lievissimo incremento di popolazione rispetto al 2011 è da attribuire esclusivamente alla componente straniera. Nel periodo 2011-2019 la popolazione di cittadinanza italiana è diminuita di circa 800mila unità (-1,5%) mentre i cittadini stranieri

sono aumentati di circa 1 milione (+25,1%), senza considerare che sono più di 1 milione le acquisizioni di cittadinanza nel periodo 2012-2019 e che già al censimento del 2011 i cittadini italiani per acquisizione erano quasi 700mila.

I cittadini stranieri risultano in crescita in tutte le regioni della Penisola, a eccezione della Valle d'Aosta, mentre sono solo quattro le regioni in cui aumenta anche la popolazione italiana: Lombardia, Lazio, Trentino-Alto Adige ed Emilia-Romagna.

Uomini e donne. La struttura per genere della popolazione residente si caratterizza per una maggiore presenza di donne. Nel 2019 le donne sono 30.591.392 - il 51,3% del totale - e superano gli uomini di

Nel 2019 le donne sono 30.591.392 - il 51,3% del totale - e superano gli uomini di 1.541.296 unità.

Il nostro è un Paese sempre più vecchio. Tutte le classi di età sotto i 44 anni vedono diminuire il proprio peso relativo rispetto al 2011 mentre aumentano molto le persone dai 45 anni in su che passano dal 48,2% del 2011 al 53,5% del 2019.

L'età media si è innalzata di due anni rispetto al 2011 (da 43 a 45 anni). La Campania, con 42 anni, è la regione con la popolazione più giovane, seguita da Trentino Alto Adige (43 anni), Sicilia e Calabria (entrambe con 44 anni). La Liguria si conferma la regione con l'età media più elevata (49 anni). Anche nel 1951 la Campania e la Liguria erano la regione più giovane e quella più vecchia ma, per entrambe, l'età media risultava più bassa di 13-14 anni rispetto a quella registrata nel 2019.

Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana è ancora più evidente nel confronto con i censimenti passati. Il numero di anziani per bambino passa da meno di 1 nel 1951 a 5 nel 2019 (era 3,8 nel 2011) e l'indice di vecchiaia (dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e quella con meno di 15 anni) è notevolmente aumentato, dal 33,5% del 1951 a quasi il 180% del 2019 (148,7% nel 2001).

Gli stranieri più giovani. La più giovane struttura per età della popolazione straniera rallenta il processo di invecchiamento della popolazione residente in Italia. L'età media

degli stranieri è più bassa di 11,5 anni rispetto a quella degli italiani (34,7 anni contro 46,2 anni nel 2019). Anche il numero di persone che raggiungono l'età da lavoro è superiore rispetto a coloro che stanno per ritirarsi dal lavoro. A beneficiare della più giovane struttura per età degli stranieri sono soprattutto le due ripartizioni del Nord Italia dove si registrano i più bassi valori dell'età media e dell'indice di vecchiaia, nonché le percentuali più alte di bambini in età 0-4 anni (circa il 7%).

Fatte queste premesse, una risposta alle esigenze abitative dei nuovi over 65 proviene dal senior housing. La formula del senior housing, che si rivolge ad anziani autosufficienti proprio con l'obiettivo di promuovere l'invecchiamento attivo, prevede un sistema di alloggi indipendenti organizzati intorno a una serie di servizi comuni. Si tratta di immobili dotati di funzioni private e collettive in grado di coniugare le esigenze di indipendenza della persona con quelle di socialità e prima assistenza.

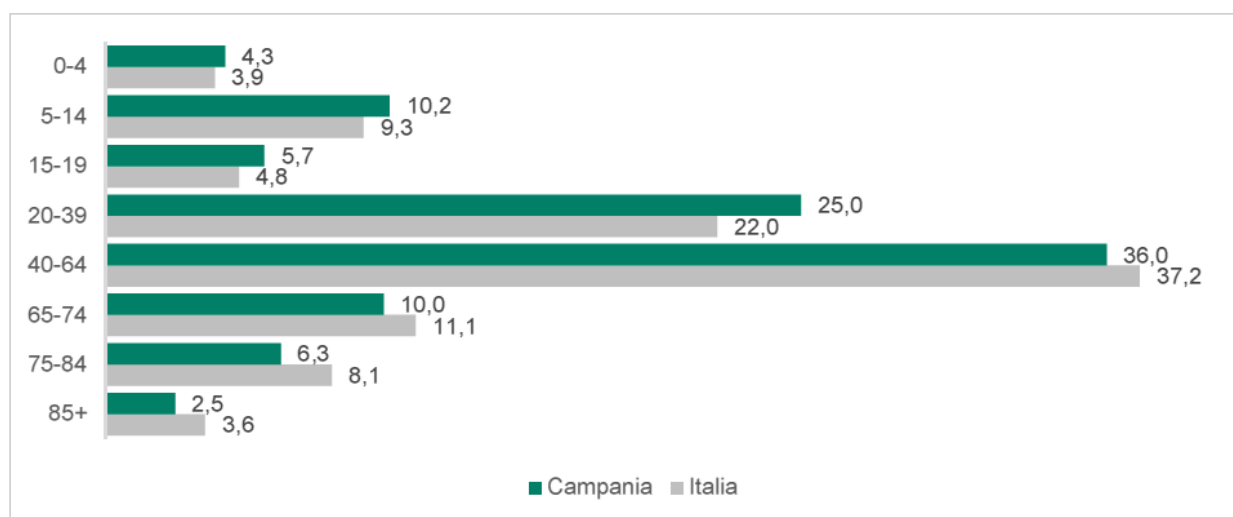
Un sistema che si distingue dalle soluzioni classiche dell'abitare per l'accesso a spazi comuni (ristoranti, biblioteche, palestre, ecc.) e per la possibilità di godere di alcuni servizi "dedicati" di assistenza sanitaria e cura della persona.

- innanzitutto, all'aumento della popolazione anziana in tutta Europa si accompagna una riduzione dei nuclei familiari e, di conseguenza, una domanda crescente di servizi e soluzioni abitative per questa fascia di popolazione;
- risponde a strategie di diversificazione degli assets;
- è un segmento anticiclico, cioè diretto a un bisogno essenziale non strettamente correlato alla congiuntura economica ma ai trend demografici;
- si tratta di una tipologia di investimento di medio-lungo periodo che consente una redditività stabile nel tempo. La garanzia deriva anche dalla possibilità di poter offrire prodotti diversificati e sempre più personalizzati: dall'abitazione in affitto che rispetta alti standard di confort e sicurezza, alla soluzione abitativa che prevede anche servizi di assistenza;
- la possibilità di intercettare segmenti di domanda che mostrano buone capacità di spesa.

La Situazione In Campania

In Campania al 1° gennaio 2019 (Figura 1) risiedono 5.801.692 persone (9,6 per cento del totale della popolazione residente in Italia). Poco più della metà è concentrata nella provincia di Napoli. La struttura per età evidenzia una leggera prevalenza delle classi più giovani rispetto alla media nazionale, sia nella classe da 0 a 4 anni (4,3 per cento contro 3,9 per cento) che in quelle successive, fino alla classe da 20 a 39 (25,0 per cento contro 22,0 per cento). L'incidenza delle persone con 75 anni e oltre è dell'8,8 per cento, contro 11,7 del Paese . Tale incidenza è mediamente più elevata in alcuni comuni periferici, specialmente a carattere montano, delle province di Avellino, Benevento e Salerno. (Figura 2, parte sinistra).

Figura 1. Popolazione residente per classi di età al 1° gennaio (a). Campania e Italia. Anno 2019 (composizione percentuale)



Fonte: Istat, Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile

Mediamente in Campania vivono 424,4 abitanti per kmq. La densità abitativa è molto elevata lungo la costa ed in alcune aree interne della provincia di Napoli

Nel 2018 il finanziamento effettivo della spesa sanitaria² della regione Campania ha raggiunto 10 miliardi e 392 milioni di euro, pari al 9 per cento del totale dei trasferimenti nazionali spettanti alle Regioni per la sanità (Tavola 15 e Figura 13).

L'andamento dei livelli di spesa sanitaria nel triennio 2016-2018 risente degli effetti delle misure di contenimento del debito delle Regioni attuata a livello centrale.

Sistema Assistenziale In Campania

I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Campania nel 2016 sono 464, pari al 3,7 per cento del totale nazionale (Tavola seguente). L'offerta regionale, misurata rispetto alla popolazione residente, è inferiore a quella nazionale con 0,8 presidi ogni 10 mila abitanti; più bassa è anche la disponibilità di posti letto, pari a 17,3 per 10 mila residenti contro i 68,2 nazionali.

La regione offre in totale circa 10 mila posti letto che rappresentano il 2,5 per cento di quelli disponibili in Italia. Una quota rilevante di posti letto, il 55 per cento, è destinata alle persone con 65 anni o più (52,3 per 10 mila residenti della stessa fascia d'età).

Presidi residenziali e posti letto operativi. Campania e Italia. Anno 2016

(valori assoluti e per 10.000 residenti)

	Totale Per 10.000 residenti			
	Campania	% su Italia	Campania	Italia
Presidi residenziali	464	3,7	0,8	2,1
Posti letto operativi	10.127	2,5	17,3	68,2
di cui:				
Posti letto operativi per anziani (65 anni e più)	5.553	1,8	52,3	222,5
(a)				

Fonte: Istat, Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

(a) L'indice per 10.000 residenti è calcolato sulla popolazione della stessa fascia di età.

I principali servizi offerti per gli ospiti della ex Caserma Muricchio possono brevemente riassumersi in:

- Erogazione servizi alberghieri inclusivi della somministrazione pasti;
- attività di aiuto alle persone e di supporto nell'espletamento delle funzioni e delle attività quotidiane, sia diurne che notturne
- assistenza tutelare e di segretariato sociale;
- attività a sostegno dell'autonomia individuale e sociale tese a raggiungere il miglior livello possibile di qualità della vita dell'ospite attraverso la valorizzazione delle capacità organizzative , dei processi decisionali e del benessere psicofisico della persona;
- laboratori abilitativi, ricreativi o espressivi;
- eventuali prestazioni sanitarie anche di tipo infermieristico in funzione delle esigenze degli ospiti di cui al D.M. n. 308/2001, allegato A, sezione: Strutture residenziali a prevalente accoglienza alberghiera.

Ogni camera deve contenere uno o due letti un tavolino da notte per letto, un mobile armadio, un tavolo scrittoio con una sedia, una poltroncina per ogni letto, uno spazio cucina e dispensa.. L'attrezzatura da cucina deve comprendere almeno un lavello e un doppio bacino con scolapiatti, un piano di cottura, un piano di lavoro, un frigorifero..

Gli alloggi devono essere sufficientemente spaziosi da permettere all'anziano di scegliere di consumarvi i pasti, accudire le proprie faccende domestiche e di trascorrere il proprio tempo libero al suo interno.

Ogni camera da letto deve essere dotata di un locale per i servizi igienici. Il locale servizi igienici deve contenere il vaso, il bidet o in alternativa una doccetta flessibile a parete, il lavabo (del tipo a mensola) e la doccia con sedile (ricavata a livello del pavimento e dotata di apparecchio a telefono con flessibile); il locale, di dimensioni tali da consentire l'ingresso e la rotazione di una carrozzina, deve essere allo stesso livello della camera da letto e dotato di un campanello di allarme di corrimano di sostegno all'altezza di cm. 80 dal pavimento; la porta del locale deve aprirsi verso l'esterno e deve avere una larghezza minima di cm. 85.

Il Consorzio si impegna a fornire un programma di intervento e le modalità temporali ed organizzative delle attività socio assistenziali all'approvazione del progetto.

Le prestazioni in Senior Housing prevedono un costo a carico del personale della Difesa in servizio ed in quiescenza con un costo medio a camera di euro 1.200,00

PERSONALE IMPIEGATO NELLE ATTIVITA'

Coordinatore In possesso di laurea magistrale in psicologia o in sociologia, in scienze dell'educazione, in scienze della formazione, in scienze dei servizi sociali, o equipollenti, con esperienza di almeno un anno nel settore dei servizi sociali, o in alternativa, in possesso di esperienza almeno quinquennale nel settore dei servizi sociali.

Figure professionali di I livello Con formazione specifica su tematiche socio-assistenziali e di assistenza alla persona.

Figure professionali di II livello Con formazione specifica in attività laboratoriali, ricreative e di animazione socio-culturale.

Altro Figure professionali con formazione specifica in servizi alberghieri.

Altre figure professionali e volontari funzionali alla realizzazione delle attività.

AMBULATORI MEDICI E LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE

Tra le priorità delle politiche sociali europee la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori costituisce attualmente uno degli ambiti più rilevanti delle politiche sociali europee come confermato dal nuovo quadro strategico in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020, nel quale sono state individuate tra le principali sfide e obiettivi per l'Ue il miglioramento della prevenzione delle malattie legate al lavoro affrontando i rischi attuali ed emergenti, con particolare attenzione alle patologie causate dall'amianto. Fornire risposte integrate e di qualità alle esigenze dei lavoratori. L'accordo – promosso dal ministero della Difesa-Segretariato generale e Direzione nazionale degli armamenti in linea di coerenza con le direttive della Commissione europea – ha la finalità di sperimentare soluzioni pratiche in materia di prevenzione che contribuiscano a diffondere la cultura della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il Ministero della Difesa intende, infatti, fornire risposte integrate e di qualità alle esigenze di salute e sicurezza dei lavoratori potenzialmente esposti a fibre aerodisperse di amianto nell'ambito di siti, ambienti lavoro e aeromobili dei reparti delle Forze armate

Il Consorzio Assoadastra fa proprie le indicazioni contenute nel programma di riorganizzazione della Difesa quale riforma dello strumento militare che oltre a un corposo ridimensionamento del numero di militari prevede anche un riordino delle strutture organizzative, compresa la sanità militare. Gli ospedali e gli ambulatori dedicati agli uomini in divisa avranno così in modo strutturale la possibilità di aprirsi all'esterno, attraverso convenzioni con le Regioni e con la sanità privata in grado di garantire competenza ed efficienza nei servizi offerti e riduzione dei costi di assistenza.

Il progetto intende valorizzare non soltanto la struttura immobiliare ma riprendere l'antica destinazione della Caserma Muricchio con vocazione sanitaria attraverso il lavoro di professionalità private

La riduzione graduale del servizio obbligatorio ha prodotto modifiche nello svolgimento delle attività già assegnate alla Sanità militare. Inoltre la legge finanziaria del 2006 (l.23 dicembre 2005, n. 266) ha ridotto in misura significativa le risorse destinate alla spesa sanitaria, in misura da non garantire con normalità gli obblighi della normativa antinfortunistica previsti dal d.lgs. n. 81 del 2008 e successive modificazioni. Il costo della sanità militare per lo Stato è eccessivo e quindi diventa obbligatorio per l'Amministrazione

Militare prevedere nuove forme di collaborazione con la sanità pubblica e privata così da garantire una offerta di servizi sanitari non solo al personale della difesa ma anche ai cittadini del territorio ed attuare una diversificazione delle prestazioni offerte per orari di servizio, che si estendono alla intera giornata lavorativa, e ad un pieno utilizzo delle apparecchiature per la diagnostica che, allo stato rimangono inutilizzate ogni giorno per quasi la metà delle ore di disponibilità del servizio. Le esperienze in altri paesi europei consentono di ritenere che il sistema di rete tra istituzioni militari e civili rappresenta l'unico mezzo per far fronte alle necessità degli appartenenti all'Amministrazione Militare: in Inghilterra, in seguito alla Spending Review del 2009, il Parlamento ha deciso che il rapporto costi/benefici della sanità militare inglese, data l'esiguità del suo bacino d'utenza, non giustificava più l'esigenza di ospedali militari in patria. Altrove, cioè in Francia e in Germania, hanno scelto di aprire completamente a tutti 24h su 24h il servizio di sanità militare.

La forte sinergia tra istituzioni militari e civili a supporto della popolazione vede la condivisione delle proprie capacità nell'esclusiva tutela degli interessi nazionali.

Il processo di valorizzazione degli immobili pubblici tiene conto delle diverse necessità ed esigenze mutevoli della pubblica amministrazione e, a causa di questo cambiamento, un consistente numero di immobili pubblici risulta essere sotto utilizzato se non dismesso; tuttavia l'insieme di questi beni può ancora costituire una risorsa da riscoprire come elemento strategico nel processo di valorizzazione del territorio. L'attività di valorizzazione degli immobili pubblici deve essere intesa come un'opportunità per instaurare un dialogo e delle sinergie con il territorio che li accoglie attraverso la messa a sistema dell'intervento di riqualificazione del bene con gli interventi previsti dagli strumenti di pianificazione territoriale al fine di portare dei vantaggi alla collettività in termini di servizi e di sviluppo. In questa logica risulta quindi fondamentale considerare la valorizzazione del patrimonio immobiliare pubblico ed in particolare quello ex militare, non tanto come l'obiettivo da raggiungere, quanto il mezzo attraverso il quale innescare processi di valorizzazione culturale e sociale del territorio e processi di riqualificazione degli immobili e dei contesti urbani.

Sono enormi le potenzialità connesse alla valorizzazione delle aree e beni militari come volano per lo sviluppo economico per il territorio attraverso l'attivazione di nuove attività

economiche e sociali in funzione della vocazione socio-economica del contesto di riferimento

I NS. AMBULATORI MEDICI SPECIALISTICI

I locali e gli spazi per attività ambulatoriale saranno adeguati alla tipologia e al volume delle prestazioni da erogarsi. Assenza di barriere architettoniche che limitano l'accesso all'ambulatorio da parte di portatori di handicap. In tutti i locali saranno assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali, secondo i regolamenti vigenti. Per particolari esigenze, la illuminazione e la ventilazione naturali potranno essere sostituite od integrate da sistemi realizzati secondo le norme UNI. I locali ove si eseguono le prestazioni saranno dotati di pavimenti con superfici lavabili e disinfettabili, rivestimenti delle pareti verticali impermeabili, lavabili e disinfettabili fino all'altezza minima di 2,00 m.. La superficie minima del locale ambulatorio non sarà inferiore a 16 mq, in funzione anche della tipologia delle prestazioni erogate. Il locale di attesa presenta un adeguato numero di posti a sedere rapportato ai picchi di numerosità. Impianto telefonico per utenti. Spazi adeguati per accettazione e attività amministrative. Servizi igienici riservati per utenti, con almeno un servizio igienico fruibile da portatori di handicap. Sale per l'esecuzione delle prestazioni che garantiscano il rispetto della privacy dell'utente, in funzione della tipologia delle prestazioni. Lavamani in sala di visita dotato di comandi non manuali. Spazio/locali per deposito di materiale pulito. Spazio/locali per deposito di materiale sporco. Spogliatoi e servizi igienici distinti per il personale. Gli arredi utilizzati saranno realizzati in acciaio inossidabile o comunque metalli non ossidabili. L'organizzazione interna di gestione delle attività ambulatoriali prevede la registrazione di tutte le prestazioni effettuate, corredate dalle generalità riferite dal paziente e dalla data di esecuzione delle prestazioni/attività; per la specialistica, il referto deve contenere: • sintetica descrizione del problema esposto e dei dati clinici salienti; • conclusioni diagnostiche (di certezza o di sospetto); • accertamenti e/o terapie e/o programmi riabilitativi consigliati.

L'elenco di tutte le prestazioni erogate nell'ambulatorio sarà portato a conoscenza degli utenti (es.: foglio informativo, cartellone affisso in sala d'attesa ecc.) con le modalità di accesso; si garantisce il ritiro dei referti in tutti i giorni feriali e in almeno alcuni pomeriggi della settimana; durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale viene prevista la presenza di almeno un medico, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte

nell'ambulatorio; saranno registrate tutte le prestazioni effettuate, corredate dalle generalità riferite dal paziente e dalla data di esecuzione delle prestazioni/attività; per la specialistica, il referto conterrà una sintetica descrizione del problema esposto e dei dati clinici salienti; le conclusioni diagnostiche (di certezza o di sospetto); gli accertamenti e/o terapie e/o programmi riabilitativi consigliati. I registri delle prestazioni specialistiche saranno adeguatamente conservati e disponibili per eventuali verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni; le impegnative ed i fogli di lavoro vanno conservati per 5 (cinque) anni; sarà presente un manuale per pulizia ambiente, con le procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione e per la gestione e lo smaltimento dei rifiuti; tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in e deve essere presente un documento con l'elenco di tutte le prestazioni erogate nell'ambulatorio; saranno indicati i responsabili delle attività cliniche

Il costo medio previsto per ciascuna visita specialistica a favore dei dipendenti del Ministero della Difesa è di € 30,00 (trenta).

Il personale addetto alle attività ambulatoriali specialistiche è costituito dai seguenti professionisti:

DIRETTORE SANITARIO con i seguenti compiti: a) coordinamento e vigilanza delle diverse figure professionali operanti nella struttura (personale medico, infermieristico, di pulizia e tecnico), dell'orario, della osservanza delle norme di legge in materia di rapporto di lavoro. b) obblighi amministrativi periodici inerenti all'attività della struttura (contributi al Consorzio Assoadastra, oneri per utenze, imposte e tasse, eccetera) c) vigilanza sul regolare funzionamento delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche installate e sull'applicazione delle norme vigenti in materia,, del sistema di disinfezione e sterilizzazione, del sistema di di smaltimento dei rifiuti, gestione del rischio clinico, trascrizione e archiviazione dei referti ,carta dei servizi sanitari d) vigilanza affinché chiunque ed a qualunque titolo operi nella struttura si comporti con dignità, sollecitudine e decoro e nel rispetto del regolamento interno

MEDICI SPECIALISTI medici specialisti previsti nelle attività ambulatoriali secondo il piano di lavoro prestano la loro attività professionale secondo gli orari ed i tempi concordati individualmente col Direttore sanitario e la struttura ospitante. Ogni singolo Specialista è totalmente responsabile dal punto di vista medico – legale e professionale

del proprio operato. Per i dati personali dei pazienti è tenuto al trattamento dei medesimi ai sensi della Legge Privacy.

Abbiamo previsto i costi delle attrezzature per le indagini sulla Medicina dello Sport, ma il servizio diagnostico sarà attivato successivamente con modalità alternative di orario e spazio rispetto agli alle altre attività ambulatoriali

ELENCO DELLE ATTREZZATURE PREVISTE PER GLI AMBULATORI SPECIALISTICI

Gli ambulatori saranno dotati delle attrezzature e strumenti nel rispetto della normativa vigente ed in particolare, oltre all'arredo di routine sono previsti i seguenti requisiti tecnologici

CARDIOGRAFIA

ECOCARDIOGRAFIA: Ecocardiografo Monodimensionale e Bidimensionale, con sistema Doppler pulsato, continuo ed a codice di colore, dotato di almeno due sonde, una a bassa ed una ad alta frequenza, con sistema automatico interno di misurazioni e con monitoraggio elettrocardiografico.

ELETTROCARDIOGRAFIA DINAMICA: Analizzatore per ecg dinamico - 4 registratori per ecg dinamico fino ad un rapporto di 1:8 analizzatore/registratori; Elettrocardiografo a 3 canali (in dotazione alla struttura cardiologica e disponibile per il tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di elettrocardiografia dinamica).

ANGIOLOGIA: Ecocolordoppler Doppler c w Gasanalisi transcutanea Treadmil

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO: spirometro completo emogasometro

OCULISTICA: carrello per strumentario chirurgico ottotipo lampada a fessura oftalmometro tonometro schiascopo a lampada oftalmoscopio (se indiretto, set di lenti per biomicroscopia) cassetta lenti frontifocometro attrezzature lavaggio vie lacrimali

OTORINOLARINGOIATRIA: audiometro con cabina silente e tavolo di comando poltrona girevole carrello per strumentario chirurgico

UROLOGIA E NEFROLOGIA : ecografo.

NEUROFISIOPATOLOGIA: Elettroencefalografo Elettromiografo

MEDICINA INTERNA: ecografo

DERMATOLOGIA: poltrona reclinabile due carrelli per medicazione carrello per strumentario chirurgico

ODONTOIATRIA: : - poltrona-riunito odontoiatrico, provvisto di turbina, micromotore, siringa aria/acqua, cannula di aspirazione, lampada alogena; apparecchio RX di piccole dimensioni in numero variabile - carrello per la gestione dell'emergenza; piccola sterilizzatrice

ASSISTENZA PSICOLOGICA

LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE

Il laboratorio di analisi sarà dotato delle attrezzature e strumenti nel rispetto della normativa vigente per i laboratori generali di base, e saranno fornite dal ns. partner .strumenti ed attrezzature destinati al prelievo, raccolta e conservazione del materiale biologico.

Le attività ambulatoriali saranno svolte a favore dei dipendenti civili e militari del Ministero della Difesa e dei soci degli enti no profit.

Nell'ambulatorio sarà realizzato un documento che descriva tutti i servizi e le prestazioni offerte dal Laboratorio ed in cui sono esplicitati gli esami che vengono eseguiti direttamente - con quali procedure ed attrezzature - e quelli che vengono inviati ad altre strutture.

Sarà realizzato un manuale delle procedure diagnostiche, contenente, per ogni esame, almeno i seguenti servizi : - preparazione dell'utente agli esami; - modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione; - caratteristiche e descrizione del metodo analitico impiegato; - modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti.

Sul piano organizzativo verranno predisposti documenti/schede per il riconoscimento degli utenti; - l'identificazione dei campioni; - il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al laboratorio; - i processi di sanificazione ambientale (pulizia ambientale, disinfezione, disinfestazione, decontaminazione, ecc.); - lo smaltimento dei rifiuti; - l'approvvigionamento e la gestione dei reagenti, reattivi e farmaci; - reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione devono presentare etichette che ne indichino: identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate, data di preparazione e di scadenza ove necessario e ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto.

Con il sistema di archiviazione saranno conservati : - i risultati degli esami effettuati sugli utenti (conservati per almeno un anno); - i risultati dei controlli di qualità interno conservati per un anno e quelli esterni per almeno tre anni.

Particolare attenzione sarà rivolta ai programmi di Controllo interno di Qualità

Il costo medio previsto per ciascuna analisi di routine per il personale della Difesa è di € 4,00 (quattro)

Il personale addetto alle analisi cliniche è costituito da:

DIRETTORE RESPONSABILE

Il direttore responsabile che avrà, tra gli altri, i seguenti compiti: scelta metodi di analisi, verifica idoneità attrezzature ed ambienti di lavoro, firma dei referti delle analisi, controllo la regolare tenuta dei preparati, l'applicazione del regolamento interno e delle norme in materia di tutela del lavoro.

COLLABORATORI E TECNICI DI LABORATORIO

Il laboratorio di analisi sarà dotato delle attrezzature e strumenti nel rispetto della normativa vigente per i laboratori generali di base, ed in particolare, oltre all'arredo di routine sono previsti i seguenti strumenti

Banchi di lavoro idonei al tipo ed al carico di lavoro; - presidi ed attrezzi per i prelievi biologici; - agitatore di sangue intero; - arredi per la loro conservazione dei reagenti; - due centrifughe, di cui una per microematocrito; - deionizzatore di H₂O; - due frigoriferi, provvisti di termografo, di capacità sufficiente alla conservazione dei reattivi termolabili e dei campioni, di cui uno fornito di congelatore a -25°C, provvisti di indicatori esterni della temperatura; - bilancia analitica e bilancia tecnica; - termostato; - stufa a secco termoregolabile fino a 250°C; - autoclave; due bagnomaria termoregolabili e termometro di controllo; - agitatore orizzontale; - due microscopi binoculari, di cui almeno uno con obiettivo accessoriato per l'osservazione in immersione ed in contrasto di fase; - fotometro con possibilità di misura nel vicino UV (340 nm) con cellette termostate; - apparecchiature idonee per il dosaggio degli elettroliti; - attrezzatura completa per elettroforesi con alimentatore, vasca di separazione e densitometro; - agglutinoscopio; - apparecchio semiautomatico per la determinazione dei tests emocoagulativi; - contaglobuli elettronico ad almeno 7 parametri; - cronometro a timer; - pompa da vuoto ad acqua o meccanica; - ph metro; - fotometro fiamma o ad elettrodi selettivi.

Queste attrezzature sono a carico del ns. partner Laboratorio di Analisi Salus.

Allo scopo di fronteggiare eventuali emergenze dovrà essere presente un carrello di P.S., con apparecchiature per l'assistenza cardiorespiratoria e farmaci d'emergenza.

PIANO TERRA

Il piano terra è destinato all'accoglienza, ad attività di formazione professionale, di dispensario farmaceutico e del benessere psicofisico della persona destinato alla distribuzione di medicinali di uso comune prodotti medicinali, presidio medico chirurgici, , cosmesi e nutrizione, attività del benessere psico fisico,. ed ai servizi accessori di mensa, buvette e servizi igienici per il personale impegnato ed i pazienti della struttura.

Il dispensario farmaceutico, e del benessere costituisce una attività diversa da una farmacia, destinata alla distribuzione di medicinali di uso comune e di pronto soccorso già confezionati. Il dispensario in oggetto garantisce un servizio in orario sia la mattina, sia il pomeriggio dal lunedì al venerdì. Offrirà forniture di prodotti medicinali, presidio medico chirurgici, cosmesi e nutrizione. Sarà inoltre possibile il servizio di spedizione a domicilio a partire da un importo (da definire), sarà possibile altresì il servizio di misurazione della pressione, esami di prima istanza, misurazione dell'udito, analisi della pelle, esame delle intolleranze alimentari, esami della massa magra e massa grassa

SALUTE E BENESSERE

Secondo l'O.M.S. la salute è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità". Questa definizione risale al 1948 La salute è un diritto umano fondamentale e rappresenta una risorsa per la vita quotidiana che va difesa e sostenuta.

Le azioni destinate a tutela della salute devono preparare le persone ad un invecchiamento sano attraverso la promozione e la protezione, sistematicamente pianificate, della salute lungo l'intero arco della vita. Le opportunità sociali, educative ed occupazionali, assieme all'attività fisica, aumentano la salute degli anziani, la loro autostima e indipendenza, nonché il loro contributo attivo alla società. Diventano particolarmente importanti i programmi innovativi per mantenere la forza fisica e per correggere la vista, l'udito e i problemi di mobilità prima che questi problemi comportino la

perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza. I ns servizi sanitari e di assistenza si muovono in modo attivo per sostenere gli anziani nella vita di tutti i giorni.

Un ambiente fisico sano e sicuro fa sì che la scelta di salute sia sempre la scelta più facile da fare. Promuovere un'alimentazione più sana e ridurre l'obesità consente di ottenere significativi guadagni in salute, in particolare fra i gruppi più vulnerabili, mediante l'accesso e il consumo di verdura e frutta nonché la riduzione del consumo di cibi ad elevato contenuto di grassi.

Il Consorzio attraverso il personale sanitario presente nella struttura e del personale tecnico adeguatamente formato è, in grado di offrire consigli sugli stili di vita, sulla corretta alimentazione, sulle attività fisiche necessarie a garantire un livello di vita soddisfacente

LE ATTIVITA' DIDATTICHE E FORMATIVE

Per le attività formative lo sviluppo del capitale umano si configura sempre più come un percorso permanente lungo tutta la carriera lavorativa, che necessita quindi di un'articolazione formativa differenziata e bilanciata nel corso della vita della persona. Il sistema dell'Education è chiamato a formare nuove professionalità e al contempo a preparare i lavoratori all'aggiornamento continuo delle proprie competenze, anche attraverso uno scambio tra conoscenze, discipline e culture diverse.

Siamo gli **ultimi in Europa** per giovani laureati che, a distanza di tre anni dalla fine degli studi, hanno trovato lavoro: sono appena il 58,7%, rispetto al 93,1% di Malta, al 92,7% della Germania, al 75,7% della Francia al 73% della Spagna (dati Eurostat 2020). La crisi Covid ha ridotto ancora il tasso di occupazione. E se guardiamo meglio all'interno della statistica generale, il tasso del Mezzogiorno è molto più basso di quello medio dell'Italia: una marginalità nella marginalità. Proprio nel tempo dominato dalla "economia della conoscenza", affrontiamo la competizione europea e internazionale poco e male attrezzati.

Avevamo già una quota di laureati molto al di sotto della media Ue, appena il 28% dei giovani tra i 30 e i 34 anni, contro il 40,3% europeo. E un tasso di abbandono della scuola del 14,5%, quart'ultimi in Europa. **Intelligenze sprecate**, capacità umiliate, progetti di crescita infranti. E una scala sociale, naturalmente, bloccata: senza studio non ci sono né lavoro né reddito migliori.

Il divario è aggravato proprio nel momento in cui la crisi Covid19 ha messo in evidenza anche gli effetti di una crescente “diseguaglianza digitale”. L’Agcom (l’Authority per le telecomunicazioni) ha rilevato come, di fronte a una copertura territoriale che potenzialmente consente all’88,9% delle famiglie di accedere a servizi Internet con velocità pari almeno a 30 Mbps, solo il 37,2% possiede una corrispondente connessione (“IlSole24Ore”, 8 luglio). E, ancora una volta, nel Sud va peggio: da uno studio del Censis sullo stress cui il Coronavirus ha sottoposto l’Italia emerge che nelle regioni meridionali la quota di famiglie prive di personal computer o di tablet supera il 40%, mentre nel Centro Nord si oscilla tra il 25 e il 35%. Appunto, un divario digitale grave, che condiziona anche la formazione (molti bambini e adolescenti sono rimasti tagliati fuori dalla “lezioni a distanza” e hanno perso davvero un anno scolastico) e peserà moltissimo sulle possibilità di lavoro e di futuro.

Il Rapporto DESI 2020 (Digital Economy and Society Index) della Commissione Ue conferma che l’Italia è al 25° posto tra i 28 Paesi Ue. Scarsa competenza digitale, bassa produttività, scadente competitività, economia ferma.

Il Consorzio farà proprie le opportunità nel settore della formazione e d avviamento al lavoro previste dal Recovery Plan con la previsione delle sei linee di intervento per rilanciare lo sviluppo nazionale, governando i fattori determinanti della crescita e i nodi strutturali che hanno frenato lo sviluppo negli anni passati.

Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura ; Rivoluzione verde e transizione ecologica ; Infrastrutture e mobilità sostenibile ; Istruzione e ricerca ; Inclusione e coesione sociale e per finire Sanità sono le sei linee progettuali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

La prima linea di intervento della componente, intitolata “Politiche attive del lavoro e sostegno all'occupazione”, vale 7,5 miliardi di euro e si articola in quattro ambiti:

- Politiche attive del lavoro e formazione (3,5 miliardi);
- Piano nuove competenze (3 miliardi);
- Apprendistato duale (600 milioni);

Lavoro e Formazione :

I 3,5 miliardi destinati alle politiche attive dovranno contribuire ad aumentare il tasso di occupazione, facilitando le transizioni lavorative grazie ad una formazione adeguata, l'inserimento lavorativo dei NEET (Not in Education, Employment or Training), e l'adeguamento delle competenze alle trasformazioni del mercato del lavoro.

Per raggiungere questi obiettivi il Consorzio intende inserirsi nel sistema nazionale che sarà realizzato modificando la disciplina dell'assegno di ricollocazione, rafforzando i centri per l'impiego e affidando al nuovo Programma nazionale Garanzia di occupabilità dei lavoratori (GOL), già previsto dalla legge di Bilancio 2021, la presa in carico dei disoccupati e delle persone in transizione occupazionale, sia per la profilazione dei servizi al lavoro che per la formazione.

Piano Nuove Competenze :

Ancora, il Consorzio intende inserirsi nel sistema nazionale che mira a sviluppare un sistema permanente di formazione (life-long learning, reskilling e upskilling), attraverso il potenziamento del sistema dei centri di formazione professionale, dei fondi interprofessionali (che potranno fare attività di formazione anche per i disoccupati), degli ITS, dei centri provinciali di istruzione per adulti (CPIA) e delle Università.

Prevista la creazione di reti territoriali di servizi di istruzione, formazione e lavoro, anche attraverso partenariati pubblico-privato in forma di industry academy.

Apprendistato Duale :

Per favorire l'occupabilità dei giovani il Recovery Plan prevede anche il potenziamento del sistema duale, per aumentare le sinergie tra i sistemi d'istruzione e formazione con il mercato del lavoro. L'intenzione è quella di promuovere modalità di apprendimento on the job, costruendo percorsi formativi che rispondano ai fabbisogni professionali delle imprese e riducano il mismatch tra le competenze richieste nel mercato del lavoro e quelle in uscita dai percorsi di istruzione e formazione.

Le attività di formazione realizzate dal Consorzio sono prevalentemente destinate a favore dei militari congedati senza demerito per la ricollocazione nel mondo del lavoro, attraverso il potenziamento delle competenze tecnico professionali e trasversali acquisite in servizio. Saranno individuati percorsi formativi da attuarsi anche attraverso stage e tirocini presso aziende per rispondere all'offerta di lavoro locale. Queste iniziative saranno

realizzate attraverso l'accreditamento della struttura presso la Regione Campania per il rilascio di titoli riconosciuti dal catalogo formativo approvato con delibera n. 223/2014 in attivazione del progetto già denominato "Progetto Sbocchi Occupazionali" sottoscritto tra l'Autorità Militare e la Regione Campania.

Il personale impegnato nelle attività di formazione professionale è costituito da:

Direttore laureato con certificazione TAV (Tecnico valutatore attività formative)

Segretario esperto in informatica e reti telematiche

Progettista con esperienza decennale

Docenti qualificati per settore con esperienza formativa decennale

Sono inoltre previste le seguenti figure professionali per la gestione dei servizi comuni,

Personale di Pulizia e manutenzione

Addetti alla sorveglianza

Personale di amministrazione

PARTENARIATO E COLLABORAZIONI

Le attività sopradescritte saranno realizzate in collaborazione con le sottoelencate aziende con le quali sono stati sottoscritti accordi di collaborazione in avvalimento e che si allegano nuovamente al progetto:

SENIOR HOUSING: La Società MONDO SOLIDALE Cooperativa Sociale, con sede in Sessa Aurunca (CE) – via Domiziana km. 0.300, P.IVA: 03229710615, nella persona del Legale Rappresentante Dott. Rocco Antonio Del Vecchio nato a Napoli il 01/08/1987

LABORATORI MEDICI SPECIALISTICI ED ANALISI CLINICHE: LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE SALUS SOCIETA CONSORTILE A R.L. con sede in Napoli alla piazza Vincenzo Calenda 1-2, in persona dell' amministratore unico Marcello Novissimo , P IVA 07832491216

DISPENSARIO FARMACEUTICO: FARMACIA DI LULLO DI GIUSEPPE LORITO & SAS con sede in Napoli alla via Morelli 22 in persona del legale rappresentante dott. Giuseppe Lorito P IVA 07386871219

FORMAZIONE E DIDATTICA: al socio consortile ASSOCIAZIONE EFOPASS Impresa Sociale con sede in Napoli al corso Umberto I n 23 in persona del presidente sig. Luciano Lepre, P.IVA 07275381213

LAVORI EDILI ED IMPIANTISTICA: La Ditta EDIL BAVA srl con sede in Francavilla al Mare (C H) alla via Contrada Foro 54/C in persona dell' amministratore unico BAVA Francesco , P IVA 05006901218

Napoli luglio 2021

CONSORZIO ASSOADAstra
Consorzio ASSOADAstra
Impresa Sociale

