



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA

PIÙ / PROSSIMITÀ
/ INNOVAZIONE
/ CUCUACLIANZA
Salute



PNRR

MISSIONE 6 - SALUTE

Realizzazione di un Ospedale di Comunità nel Comune di Andria CUP: C85F22000630006

*Intervento finanziamento a valere sui fondi del PNRR Missione 6 Componenti 1 Investimento 1.3
(Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture – Ospedali di Comunità)*

DOCUMENTO DI INDIRIZZO DELLA PROGETTAZIONE (DIP)

ai sensi dell'art. 15, commi 5 e 6, del D.P.R. n. 207/2010 e ss.mm.ii..

1. INTRODUZIONE

1.1. INQUADRAMENTO NORMATIVO

Il presente Documento di Indirizzo della Progettazione (di seguito, "DIP"), redatto ai sensi dell'art. 15 del DPR 207/2010 e ss.mm.ii. in base alle disposizioni transitorie e di coordinamento previste all'art. 216 co. 4 del D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii. (di seguito, "Codice"), è relativo all'Ospedale di Comunità (di seguito anche "OdC") da realizzare nel Comune di Barletta (BT), finanziato nell'ambito del PNRR - Missione 6 "Salute" - Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" - Investimento 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)".

1.2. IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

Nell'anno 2021, l'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica da SARS-CoV-2 adottando il Next Generation EU (NGEU) ovvero un programma di investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale, migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori, e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

Per partecipare al NGEU e per accedere alle quote di finanziamento, l'Europa ha chiesto agli Stati membri di elaborare un Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) costituito da riforme ed investimenti finalizzati a raggiungere obiettivi strategici che l'Italia ha presentato in data 30 aprile 2021 e che è stato approvato dal Consiglio ECOFIN il 13 luglio 2021.

Il PNRR si articola in sedici Componenti, raggruppate in sei Missioni e prevede risorse per 191,5 mld di euro. Ciascuna componente riflette riforme e priorità di investimento in un determinato settore o area di intervento, ovvero attività e temi correlati, finalizzati ad affrontare sfide specifiche e che formino un pacchetto coerente di misure complementari. Le componenti hanno un grado di dettaglio sufficiente ad evidenziare le interconnessioni tra le diverse misure in esse proposte.

Parallelamente alle risorse del PNRR, con decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1 luglio 2021, n. 101, recante "Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti", è stato approvato il Piano nazionale per gli investimenti complementari finalizzato ad integrare con risorse nazionali gli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza per complessivi 30.622,46 milioni di euro per gli anni dal 2021 al 2026.

Il comma 2 dell'articolo 1 del decreto-legge n. 59 del 2021 riporta l'elenco degli interventi finanziati con le risorse del Piano ed in particolare assegna al Ministero della Salute per la realizzazione del programma "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" l'importo complessivo di 1.450 milioni di euro.

La Missione 6 del PNRR, denominata "Salute", è caratterizzata da linee di azione volte a rafforzare e rendere più sinergica la risposta sanitaria territoriale e ospedaliera, nonché a promuovere e diffondere l'attività di ricerca del Servizio sanitario nazionale. Le risorse destinate alla Missione ammontano a complessivi 15,63 miliardi di euro, pari all'8 per cento delle risorse totali del Piano.

La Missione 6 si incentra su due obiettivi principali:

- ✓ prevenzione e assistenza sul territorio, tramite l'integrazione fra servizi sanitari e sociali;
- ✓ modernizzazione di tutto l'apparato tecnologico in dotazione alle strutture del Sistema Sanitario Nazionale. Si promuove il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina. Vengono inoltre attuati strumenti di potenziamento delle competenze tecniche, digitali e manageriale del personale, e si sostiene la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.

Questi due obiettivi, nell'ambito del PNRR confluiscono nelle seguenti componenti separate ma complementari:

- ✓ Componente 1 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale, la quale mira a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali, rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.
- ✓ Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN, la quale comprende misure volte al rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica ed a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

All'interno della **Missione 6 "Salute" Componente 1 (M6C1)** "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", cui sono stati destinati 7 miliardi di euro, sono state individuate le seguenti tre linee di investimento da attuare entro la metà del 2026 (cfr.Fig. 1):

- ✓ Investimento 1.1 (2 miliardi di euro) - **"Case della Comunità e presa in carico della persona"**.
L'emergenza pandemica ha mostrato diverse lacune del SSN, facendo emergere la necessità di rafforzare la capacità di erogare servizi adeguati in maniera capillare sul territorio. In quest'ottica si inserisce la realizzazione delle Case di Comunità, lo strumento che consentirà di coordinare tutti i servizi offerti a scala territoriale, volgendo una particolare attenzione ai malati cronici, che costituiscono il 40% della popolazione italiana.
- ✓ Investimento 1.2 (4 miliardi di euro di cui 0,28 per COT): **"Casa come primo luogo di cura e telemedicina"**.
Il miglioramento dei servizi domiciliari e dell'efficienza della presa in carico della persona è un obiettivo basilare per conseguire quanto richiesto dalla Commissione Europea per il settore sanità. Per questo motivo, l'investimento pone l'accento sull'aumentare le prestazioni erogate in assistenza domiciliare, arrivando a prendere in carico fino al 10% dei cittadini sopra i 65 anni, in particolare quelli che presentano una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. Tramite questo investimento, il Governo Italiano punta a:
 - individuare un modello condiviso per fornire cure domiciliari che si servano delle nuove tecnologie che possono essere utilizzate nel settore sanitario (telemedicina, domotica e digitalizzazione), 2,72 MLD €;
 - applicare un sistema informativo che possa rilevare dati clinici in tempo reale all'interno di ogni ASL e/o similare;
 - attivare Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza (0,28 MLD €);
 - utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche (1 MLD €).
- ✓ Investimento 1.3 (1 miliardo di euro): **"Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)"**.
Questo investimento si pone l'obiettivo di migliorare l'offerta di assistenza intermedia a livello territoriale, tramite la realizzazione degli Ospedali di Comunità, contribuendo a migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure, evitando ricoveri non necessari e accessi impropri ai servizi sanitari. L'investimento porterà alla realizzazione su tutto il territorio nazionale di complessivi 381 Ospedali di Comunità entro la prima metà del 2026.
L'operatività in termini di risorse umane sarà garantita tra un incremento sostanziale del personale.
Questi 3 investimenti della M6C1 interagiscono in maniera sinergica con altre due forme di investimento previste dal PNRR, ovvero gli Investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2/Missione 5, che prevedono "Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti" e "Percorsi di autonomia per persone con disabilità", per un investimento totale pari a 1 MLD.
Anche la Missione 2, che discende direttamente dallo European Green Deal, rappresenta un'importante sfida per le strutture sanitarie territoriali oggetto del presente elaborato.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

2.1. RIFERIMENTI NORMATIVI ESSENZIALI

Nella progettazione dell'intervento dovranno essere rispettate tutte le leggi, regolamenti e norme tecniche in materia di "appalti pubblici", predisponendo tutti gli elaborati ivi previsti e secondo le modalità nella medesima regolamentate.

Dovrà altresì essere rispettato appieno quanto dettato dai regolamenti a livello locale e quanto prescritto dagli Enti territorialmente competenti, anche attraverso prescrizioni particolari.

Il progetto dovrà essere sottoposto agli Enti deputati ad esprimere pareri sull'opera, al fine di acquisire i nulla osta necessari richiesti dai vari livelli di pianificazione, autorizzazioni ed assensi necessari, al fine di rendere il progetto effettivamente cantierabile alla conclusione dell'iter progettuale.

Si riportano di seguito, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, una serie di norme di riferimento per i contratti pubblici:

- ✓ D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii., recante: "Codice dei Contratti Pubblici";
- ✓ D.L. n. 76/2020, conv. con L. n. 120/2020 (così come modificato dal D.L. n. 77/2021, conv. con L. n. 108/2021), recante: "Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitali";
- ✓ D.P.R. n. 207/2010 e ss.mm.ii., recante: "Regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163", per quanto applicabile e vigente nella fase transitoria;
- ✓ Decreti attuativi del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti progressivamente emanati a seguito del D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii., per quanto applicabili;
- ✓ Linee guida ANAC emanate progressivamente a seguito del D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii., per quanto applicabili;
- ✓ D.Lgs. n. 104/2010, recante: "Attuazione dell'articolo 44 della legge 18 giugno 2009, n. 69, recante delega al governo per il riordino del processo amministrativo";
- ✓ D.L. n. 4/2022 (c.d. "sostegni-ter"), conv. con L. n. 25/2022, ed in particolare l'art. 29 "Disposizioni urgenti in materia di contratti pubblici";
- ✓ D.L. n. 50/2022 (c.d. "Decreto aiuti"), conv. con Legge n. 91/2022, recante: "Misure urgenti in materia di politiche energetiche nazionali, produttività delle imprese e attrazione degli investimenti, nonché in materia di politiche sociali e di crisi ucraina" – art.26 "Disposizioni urgenti in materia di appalti pubblici di lavori";

La normativa tecnica di riferimento per l'intervento è la seguente:

- ✓ Regolamenti regionali in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali;
- ✓ Resistenza meccanica e stabilità: D.M. (MIT) 17.01.2018, recante: "Aggiornamento delle Norme Tecniche per le Costruzioni";
- ✓ Sicurezza in caso di incendio: D.P.R. n. 151/2011 e ss.mm.ii., recante: "Regolamento recante semplificazione della disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione degli incendi" - "D.M. (Interno) 29.03.2021, recante "Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi per le strutture sanitarie";
- ✓ Igiene, salute, ambiente: D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii., recante: "Attuazione dell'articolo 1 della legge n. 123 del 2007, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" - D.Lgs. n. 152/2006 e ss.mm.ii., recante: "Norme in materia ambientale";
- ✓ Sicurezza di utilizzazione: D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii., recante: "Attuazione dell'articolo 1 della legge n. 123 del 2007, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" - L. 13/1989 e ss.mm.ii., recante: "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati" - D.P.R. n. 503/1996, recante: "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici" - DM LL.PP. n. 236/1989, recante: "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire

l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche";

- ✓ Protezione contro il rumore: L. n. 447/1995 e ss.mm.ii., recante: "Legge quadro sull'inquinamento acustico";
- ✓ Risparmio energetico e isolamento termico: "Edificio a Energia Quasi Zero" (Near Zero Energy Buildings - NZEB) ai sensi del D.Lgs. 192/2005 e ss.mm.ii. e del DM (MiSE) 26.06.2015 - Legge n. 90/2013 e relativi Decreti Attuativi; Decreto interministeriale 11.04.2008, che ai sensi dei commi 1126 e 1127 dell'art. 1 della L. n. 296/2006, ha approvato il "Piano d'azione per la sostenibilità ambientale dei consumi della pubblica amministrazione";
- ✓ Sicurezza nei luoghi di lavoro: D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii., recante: "Attuazione dell'articolo 1 della legge n. 123 del 2007, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";
- ✓ Impianti: DM (MiSE) n. 37/2008 e ss.mm.ii., recante: Regolamento concernente l'attuazione dell'articolo 11-quaterdecies, comma 13, lettera a) della legge n. 248 del 2005";
- ✓ Norme in materia di sostenibilità ambientale ed inquinamento: L. n. 221/2015 e ss.mm.ii. - Efficacia dei Criteri Ambientali Minimi (CAM) applicabili per la realizzazione dell'opera nel suo complesso, in particolare:
 - DM (MiTE) 23.06.2022: CAM per l'affidamento di servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici;
 - DM (MiTE) 23.06.2022: CAM per l'affidamento del servizio di fornitura, noleggio ed estensione della vita utile di arredi per interni
 - DM (MiTE) 10.03.2020: CAM per il servizio di gestione del verde pubblico e la fornitura di prodotti per la cura del verde.
 - DM (MiTE) 27.09.2017: CAM per l'acquisizione di sorgenti luminose per illuminazione pubblica, l'acquisizione di apparecchi per illuminazione pubblica, l'affidamento del servizio di progettazione di impianti per illuminazione pubblica;
 - DM (MiTE) 05.02.2015: CAM per l'acquisto di articoli per l'arredo urbano;
 - DM (MiTE) 07.03.2012: CAM per l'affidamento servizi energetici per gli edifici, servizio di illuminazione e forza motrice, servizio di riscaldamento/raffrescamento;
- ✓ BIM: DM (MIMS) n. 312/2021: Modalità e i tempi di progressiva introduzione dei metodi e degli strumenti elettronici di modellazione per l'edilizia e le infrastrutture;
- ✓ Norme tecniche CEI e UNI ovunque applicabili.

Ogni altra normativa applicabile al fine della compiuta e corretta progettazione dell'intervento, sia di carattere Nazionale che Europeo.

Infine, le principali norme di riferimento in ambito di attuazione interventi del programma PNRR:

- ✓ D.L. n. 59/2021, conv. con L. n. 101/2021, recante: "Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti";
- ✓ D.L. n. 77/2021, conv. con L. n. 108/2021, recante: "Governance del PNRR e le prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure".
- ✓ D.L. n. 80/2021, conv. con L. n. 113/2021, recante: "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia";
- ✓ DPCM del 09.07.2021 di individuazione delle Amministrazioni centrali titolari di interventi previsti nel PNRR, di cui all'art. 8 del D.L. n. 77/2021;
- ✓ DM MEF del 15.07.2021 che individua gli obiettivi iniziali, intermedi e finali determinati per ciascun programma, intervento e progetto del Piano complementare, nonché le relative modalità di monitoraggio;
- ✓ DM MEF del 06.08.2021, relativo all'assegnazione delle risorse in favore di ciascuna Amministrazione titolare degli interventi PNRR e corrispondenti milestone e target e sue successive modifiche e integrazioni;

- ✓ Protocollo d'intesa tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la Guardia di Finanza del 17.12.2021 con l'obiettivo di implementare la reciproca collaborazione e garantire un adeguato presidio di legalità a tutela delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza;
- ✓ DM (Salute) del 20.01.2022, recante "Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari" (GU Serie Generale n.57 del 09-03-2022);
- ✓ DM (Salute) del 01.04.2022, che ripartisce analiticamente (Allegato 1 al decreto) le risorse del PNRR assegnate a titolarità del ministero;
- ✓ DM (Salute) del 05.04.2022, recante "Approvazione dello schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) con l'allegato comprensivo del Piano operativo e delle schede intervento".

2.2. STANDARD E REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

La definizione dei requisiti strutturali e tecnologici delle strutture sanitarie territoriali spetta, ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii., alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano. Alla data attuale, i regolamenti regionali applicabili risultano essere:

- ✓ R.R. n. 3/2005, recante: "Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie";
- ✓ R.R. n. 18/2009, recante: "Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n. 3 'Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie' - Modifica ed integrazione ai sensi dell'art. 38 della Legge Regionale 30 aprile 2009, n.10";
- ✓ R.R. n. 8/2010, recante "Modifica ed integrazione del Regolamento Regionale 13 Gennaio 2005, n.3 - Requisiti strutturali per autorizzazione ed accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche socio-riabilitative a minore intensità assistenziale. Gruppo appartamento";
- ✓ R.R. n. 9/2014, recante "Modifica ed integrazione del Regolamento Regionale 13 Gennaio 2005, n. 3. Strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza. Requisiti strutturale, tecnologici, organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio e per l'accreditamento. Fabbisogno";
- ✓ R.R. n. 14/2014, recante "Integrazione del Regolamento Regionale 13 Gennaio 2005, n. 3. Strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza. Requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio e per l'accreditamento. Fabbisogno";
- ✓ R.R. n. 10/2017, recante "Determinazione dei requisiti strutturali e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e dei servizi per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica. Fabbisogno";
- ✓ R.R. n. 10/2019, recante: "Modifica ed integrazione Regolamento Regionale n. 5 febbraio 2010, n. 3, - SEZ. B.01.04. Dialisi";
- ✓ L.R. n. 9/2017 e ss.mm.ii., recante "Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private";
- ✓ D.G.R. n. 1868/2022, recante: "Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022".

Per quanto riguarda la normativa nazionale, si richiama:

- ✓ DPR 14.01.1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

- ✓ Accordo Stato-Regioni sancito il 07.02.2013 (Rep. Atti n. 46/CSR) recante Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale;
- ✓ Accordo Stato-Regioni sancito il 15.09.2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante Piano Nazionale della Cronicità;
- ✓ Intesa Stato-Regioni sancita il 06.08.2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025;
- ✓ Delibera del Consiglio dei Ministri 21 aprile 2022 - Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";
- ✓ DM (Salute) n.77/2022, recante: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

Il progettista è tenuto a recepire nel progetto, anche revisionandolo, le disposizioni dei provvedimenti nazionali e regionali che dovessero essere emanati nel corso dello sviluppo progettuale e destinati alle strutture oggetto del presente DIP.

2.3. CIRCOLARI ISTRUZIONI TECNICHE E GUIDE OPERATIVE UTILI

Si riportano di seguito, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, le circolari e linee guida operative relative all'attuazione dei progetti PNRR, a cui il progettista è tenuto a conformarsi per quanto attiene allo sviluppo progettuale e alla predisposizione dei capitolati applicabili alla fase realizzativa delle opere:

- ✓ Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili – "Linee guida per la redazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica da porre a base dell'affidamento di contratti pubblici di lavori del PNRR e del PNC", luglio 2021;
- ✓ Circolare MEF-RGS del 14 ottobre 2021, n. 21, recante: "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Trasmissione delle Istruzioni Tecniche per la selezione dei progetti PNRR";
- ✓ Circolare MEF-RGS del 29 ottobre 2021, n. 25, recante: "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Rilevazione periodica avvisi, bandi e altre procedure di attivazione degli investimenti";
- ✓ Decreto interministeriale del 7 dicembre 2021 della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per le Pari Opportunità, recante le "Linee guida volte a favorire la pari opportunità di genere e generazionali, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti pubblici finanziati con le risorse del PNRR e del PNC";
- ✓ Circolare MEF-RGS del 14 dicembre 2021, n. 31, recante "Rendicontazione PNRR al 31.12.2021 - Trasmissione dichiarazione di gestione e check-list relativa a milestone e target";
- ✓ Circolare MEF-RGS del 30 dicembre 2021, n. 32, recante "Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente";
- ✓ Circolare MEF-RGS del 31 dicembre 2021, n. 33, recante "Nota di chiarimento sulla Circolare del 14 ottobre 2021, n. 21 - Trasmissione delle Istruzioni Tecniche per la selezione dei progetti PNRR – Addizionalità, finanziamento complementare e obbligo di assenza del c.d. doppio finanziamento";
- ✓ Circolare MEF-RGS del 18 gennaio 2022, n. 4 recante "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – articolo 1, comma 1 del decreto-legge n. 80 del 2021 - Indicazioni attuative";
- ✓ Circolare MEF-RGS del 24 gennaio 2022, n. 6 recante "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Servizi di assistenza tecnica per le Amministrazioni titolari di interventi e soggetti attuatori del PNRR";
- ✓ Circolare del 10 febbraio 2022 n.9 – Allegato – "Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR";
- ✓ Circolare MEF-RGS del 21 giugno 2022, n. 27 recante "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Monitoraggio delle misure PNRR" con Allegato – "Linee Guida per lo svolgimento delle attività connesse al monitoraggio del PNRR";

Il progettista è tenuto al rispetto di tutte le normative e circolari emesse durante il corso della progettazione e riguardanti la progettazione e/o l'attuazione degli interventi in oggetto.

3. CONTESTO

3.1. INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELL'INTERVENTO

- ✓ Soggetto Attuatore: Regione Puglia
- ✓ Soggetto Attuatore Esterno: ASL BAT
- ✓ RUP: Ing. Marcello TEDONE
- ✓ CUP: C85F22000630006

3.2. LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

Il progetto consiste nella realizzazione di una struttura per n.20 posti letto, e naturalmente di tutti i servizi accessori previsti dalle norme di accreditamento di settore L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria atta a garantire le cure intermedie per una superficie complessiva di circa 1.000 mq", di un edificio di proprietà della ASL Bat, ubicato all'interno del territorio del Comune di Andria sul terreno fg 53 p.lla 146.

3.3. INQUADRAMENTO URBANISTICO E VINCOLI



L'area nel quale s'intende realizzare quanto in oggetto, è individuata all'interno del terreno identificato al Catasto al fg 53 p.lla 146 insieme ad una Casa della Salute e una Centrale operativa territoriale. Il progetto in oggetto, conforme con la disciplina urbanistica comunale, da un punto di vista edilizio, è incasellabile negli "interventi di manutenzione straordinaria" ex art. 3 co. 1 lett. b) del D.P.R. n. 380/2001 e ss.mm.ii. (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia), ossia: *[...] le opere e le modifiche necessarie per rinnovare e sostituire parti anche strutturali degli edifici, nonché per realizzare ed integrare i servizi igienico-sanitari e tecnologici, sempre che non alterino la volumetria complessiva degli edifici e non comportino mutamenti urbanisticamente rilevanti delle destinazioni d'uso implicanti incremento del carico urbanistico [...]*.

Per quanto sopra, ai fini autorizzativi, i lavori da realizzare saranno sottoposti ad uno dei seguenti regimi:

- ✓ se sono previsti interventi non interessanti le strutture portanti (manutenzione straordinaria "leggera") □ *Comunicazioni di Inizio Lavori Asseverata* (CILA) ex art. 6-bis del D.P.R. n. 380/2001 e ss.mm.ii.;
- ✓ se sono previsti interventi interessanti le strutture portanti (manutenzione straordinaria "pesante") □ *Segnalazione Certificata di Inizio Attività* (SCIA) ex art. 22 del D.P.R. n. 380/2001 e ss.mm.ii..

Da un punto di vista della pianificazione sovra locale, si osserva come l'immobile di cui trattasi non è interessato da:

- ✓ "Beni Paesaggistici", così come definiti dall'art. 134 del D.Lgs. n. 42/2004 e ss.mm.ii.;
- ✓ "Immobili ed aree notevole interesse pubblico", così come definiti dall'art. 136 del D.Lgs. n. 42/2004 e ss.mm.ii.;
- ✓ "Ulteriori Contesti Paesaggistici" (UCP), così come definiti e perimetrati dal vigente Piano Paesaggistico Territoriale Regionale (PPTR).

Con riferimento alla ulteriore pianificazione sovra locale, si specifica che le aree di intervento non sono interessate da vincolo per scopi idrogeologici ex R.D. n. 3267/1923, né da vincoli derivanti dai vigenti Piani di Assetto Idrogeologico (PAI) e di Tutela delle Acque (PTA).

In riferimento alle disposizioni vigenti in materia di Beni Culturali, il progetto, interessando un edificio pubblico la cui esecuzione risale a meno di settanta anni, a norma dell'art. 10 co. 5 del D.Lgs. n. 42/2004 e ss.mm.ii. non è assoggettato alla disciplina di cui alla Parte II del medesimo decreto.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

4.1. OBIETTIVI GENERALI DEI PROGETTI DELLA MISSIONE 6 – SALUTE

Progettare spazi dedicati a Case della Comunità, Ospedali di comunità e Centrali Operative Territoriali significa necessariamente lavorare sinergicamente con professionisti esperti di differenti settori al fine di coniugare le esigenze, talvolta molto complesse, legate sia alla tipologia di servizio sanitario e sociosanitario offerto che alle nuove modalità di progettazione edilizia caratterizzata da aspetti quali la sostenibilità, la resilienza climatica, l'efficienza, l'appropriatezza funzionale del progetto, la flessibilità, ecc.. Infatti, nella progettazione di edifici per la salute da un lato si dovranno tenere in considerazione tutte le esigenze tipiche delle diverse tipologie di utenti che fruiranno di quell'ambiente (pazienti, operatori sanitari, visitatori, accompagnatori, utenti sani ecc.) e dall'altro si dovranno promuovere le emergenti ed urgenti esigenze legate alla sostenibilità e ai nuovi stili di vita profondamente cambiati anche a seguito della pandemia Covid-19. Al centro di tutta la progettazione si pone quindi la salute delle persone intesa oggi più che mai come completo stato di benessere fisico sociale e psicologico (OMS, 1948). Questo implica una progettazione attenta all'inclusione sociale, all'uguaglianza, all'accessibilità oltre che agli aspetti percettivi e sensoriali in grado di favorire il mental health, l'orientamento e l'umanizzazione e alle strategie atte a garantire il soddisfacimento dei bisogni del presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare i propri (1987 rapporto Brundtland)

L'attività edilizia è uno dei settori a più alto impatto ambientale che si manifesta attraverso l'inarrestabile consumo del territorio, l'alto consumo energetico, le emissioni in atmosfera, la produzione di rifiuti e il consumo sempre più elevato di risorse. Effetti che negli ultimi anni stanno cambiando significativamente il contesto ambientale nel quale viviamo contribuendo ad aumentare significativamente i fattori di rischio per la salute pubblica. Proprio a partire da queste considerazioni, la programmazione e progettazione delle CdC, OdC e COT pone differenti obiettivi strategici che a loro volta possono essere verificati tramite specifici indicatori prestazionali (pre e post intervento), come tra l'altro previsto dalle Linee guida per la redazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica da porre a base dell'affidamento di contratti pubblici di lavori del PNRR e del PNC.

Gli obiettivi generali applicabili agli edifici dedicati alla rete Sanitaria territoriale delle CdC, OdC e COT vengono articolati nelle seguenti 3 macro-aree (cfr. Fig. 2):

✓ **Obiettivi Sociali e Urbani**, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:

- Urban Health;
- Rigenerazione urbana;
- Connessione e prossimità dei servizi;
- Accessibilità, Design for All e Inclusione Sociale;
- Identità urbana e visibilità;

✓ **Obiettivi Ambientali e Climatici**, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:

- Efficientamento energetico (Edifici e Impianti);
- Comfort, benessere e salubrità degli ambienti;
- Limitazione degli impatti antropici (Aria, Acqua, Rifiuti, Rumore, Risorse, Biodiversità);
- Resilienza ai cambiamenti climatici;
- Greening Urbano e servizi ecosistemici;

✓ **Obiettivi architettonico-funzionali** per edifici dedicati alla rete Sanitaria territoriale, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:

- Appropriatezza funzionale e architettonica degli spazi (efficacia, umanizzazione, ergonomia, igiene, salubrità ecc.);
- Sicurezza (Safety and Security);
- Flessibilità degli spazi (gestionale, tecnologica ed impiantistica);

- Digitalizzazione del progetto e della gestione degli edifici;
- Funzioni per l'Innovazione digitale.

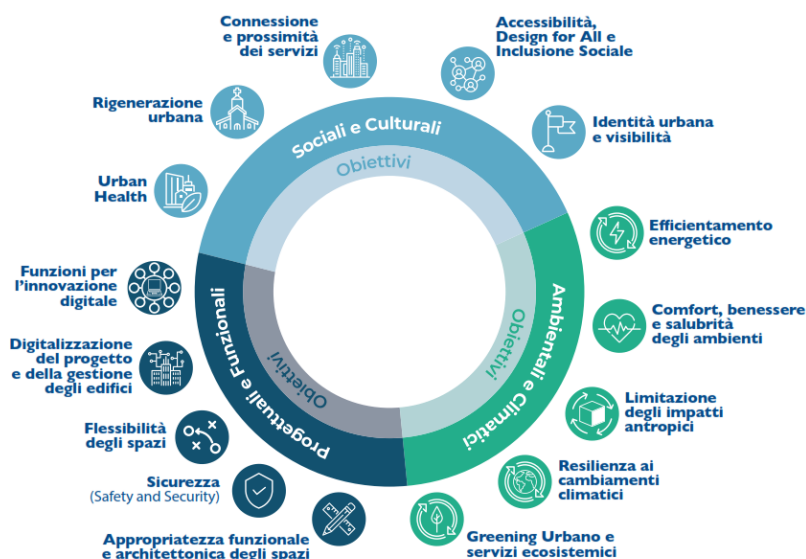


Fig. 2: Schema degli obiettivi generali delle CdC, OdC e COT

Pertanto le progettazioni e le realizzazioni delle Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali oltre ad offrire servizi per la salute, dovranno al contempo essere orientate all'inclusione e benessere sociale, alla sostenibilità e resilienza climatica, all'efficienza energetica e impiantistica, e alla sicurezza e tutela degli utenti e di tutti i cittadini, in ottemperanza a quanto previsto dai principali indirizzi nazionali ed internazionali di riferimento (Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile ed i relativi 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile –Sustainable Development Goals (SDGs); il Green Deal Europeo o Patto Verde europeo, la Urban Health Rome Declaration, oltre che in maniera trasversale alle altre missioni dello stesso PNRR quali ad esempio la Missione 1 Digitalizzazione, innovazione, ecc. o la Missione 2 Rivoluzione verde e transizione ecologica e la Missione 5 Inclusione e Coesione.

Il tentativo di rilancio dell'Italia delineato dal PNRR, infatti, si articola intorno a tre elementi cardine condivisi a livello europeo:

- ✓ **Digitalizzazione e Innovazione di processi, prodotti e servizi** rappresentano un fattore chiave per la trasformazione del Paese e devono essere un elemento imprescindibile e fondante di ogni politica di riforma del Piano. L'Italia ha di fatti raccolto un notevole ritardo in questo campo rispetto agli altri grandi Paesi Europei, sia nelle competenze e nelle competenze dei cittadini, che nell'utilizzo delle tecnologie digitali nel sistema produttivo e nei servizi pubblici. Riuscire a colmare questo scarto e promuovere gli investimenti in tecnologie, infrastrutture e processi digitali, è fondamentale per incrementare la competitività italiana in contesto europeo, per promuovere strategie di diversificazione della produzione e per migliorare l'adattabilità e la resilienza del Paese al continuo cambiamento dei mercati;
- ✓ **Transizione ecologica**, come indicato dall'Agenda 2030 dell'ONU e dai nuovi obiettivi europei per il 2030 inseriti all'interno del Green Deal Europeo, è un elemento imprescindibile del nuovo modello di sviluppo, sia a livello nazionale che europeo. Intervenire per ridurre le emissioni inquinanti, prevenire e contrastare il dissesto del territorio, minimizzare l'impatto delle attività produttive sull'ambiente è fondamentale per alzare la qualità della vita e la sicurezza ambientale, oltre che per lasciare alle generazioni future un Paese che è riuscito a integrare ed applicare modelli per una economia più sostenibile. Documento Governo Italiano PNRR, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Anche la transizione ecologica può costituire un importante fattore per accrescere la

competitività del nostro sistema produttivo, come ad esempio promuovere l'avvio di attività imprenditoriali nuove e volte alla sostenibilità ambientale e favorire la creazione di occupazione stabile;

- ✓ **Inclusione sociale**, elemento basilare per migliorare la coesione territoriale, aiutare la crescita dell'economia e superare le profonde disuguaglianze all'interno del paese, inasprite dalla pandemia ancora in corso. Le tre priorità principali sono la parità di genere, la protezione e la valorizzazione dei giovani e il superamento dei divari territoriali.

Tutti gli obiettivi generali precedentemente delineati (Sociali e Urbani; Ambientali e Climatici; Architettonico-funzionali) specificatamente per rispondere efficacemente all'attuazione della Missione 6 "Salute" per la realizzazione delle CdC, OdC e COT, sono obiettivi assolutamente trasversali alle seguenti Missioni:

- ✓ **Obiettivi strategici trasversali in condivisione con la M1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura":**
 - Safety and Security (Obiettivo: garantire la sicurezza da evento accidentale e da intrusione di tutti gli utenti anche durante la fase di cantierizzazione);
 - Digitalizzazione del progetto e della gestione degli edifici (Obiettivo: digitalizzazione del progetto come richiesto dalle attuali normative in merito di edifici pubblici e sistema per la gestione degli edifici durante l'intero ciclo di vita);
 - Funzioni per l'innovazione digitale (Obiettivo: Integrare nell'intervento nuove funzioni digitali, volte alla definizione di un vero e proprio Digital Innovation Healthy Hub basato sulla telemedicina al fine di favorire l'interoperabilità delle informazioni e il trasferimento delle informazioni sanitarie).
- ✓ **Obiettivi strategici trasversali in condivisione con la M2 "Rivoluzione verde e transizione ecologica":**
 - Efficientamento energetico (Edifici e Impianti) (Obiettivo: Ridurre i consumi energetici globali e conseguentemente delle emissioni inquinanti con particolare riferimento alle emissioni di gas serra);
 - Comfort, benessere e salubrità degli ambienti (Obiettivo: Garantire il comfort e la salute degli utenti sia negli ambienti indoor che negli spazi outdoor garantendo al contempo elevate prestazioni di efficienza energetica);
 - Limitazioni degli impatti antropici (Obiettivo: Riduzione di tutti gli impatti durante l'intero ciclo di vita comporta operare scelte strategiche e progettuali nella fase di progetto, nella fase di cantierizzazione e nella fase di esercizio);
 - Resilienza ai cambiamenti climatici (Obiettivo: Sviluppare un progetto resiliente ai rischi climatici attuali e futuri specifici del sito dove sarà realizzato);
 - Green urbano e servizi ecosistemici (Obiettivo: Incrementare la qualità e la quantità delle aree verdi nei contesti urbani al fine di incrementare gli effetti positivi delle stesse sull'ambiente, sul clima e sulla salute pubblica);
 - Flessibilità degli spazi (Obiettivo: Garantire una maggiore flessibilità nella fruizione degli spazi per renderli più sicuri e resilienti al cambiamento sia per le nuove esigenze istituzionali, lavorative e funzionali che per possibili eventi emergenziali).
- ✓ **Obiettivi strategici trasversali in condivisione con la M5 "Coesione e inclusione":**
 - Urban Health (Obiettivo: Intervenire su contesti urbani con azioni progettuali che possano avere un impatto positivo sulla salute dell'uomo e sulla qualità della vita tramite le strategie Urban Health, sottolineando così la forte dipendenza tra il benessere fisico, psichico e sociale e il contesto in cui si vive);
 - Rigenerazione urbana (Obiettivo: Favorire gli interventi di recupero di aree dismesse o caratterizzate da degrado urbano e sociale a livello infrastrutturale e di servizi, limitando al contempo il consumo di territorio);
 - Connessione e prossimità dei servizi (Obiettivo: Incentivare la permeabilità e la connessione degli spazi pubblici e privati tramite la mixité funzionale e la valorizzazione degli spazi esterni, concependo il quartiere come nucleo di servizi, attività, spazi pubblici e aree verdi, pur mantenendo una forte dipendenza e coesione con la città);

- Accessibilità, Design for All e Inclusione Sociale (Obbiettivo: Garantire che gli ambienti esterni e interni dell'intervento siano non solo accessibili da tutte le persone, ma anche fruibili in modo autonomo e apprezzabili tramite un'esperienza multisensoriale per garantire benessere e inclusione sociale);
- Identità urbana e visibilità (Obbiettivo: Visibilità urbana attraverso un linguaggio coordinato e univoco, ben identificabile e visibile da parte dell'utente);
- Appropriatezza funzionale e visibilità (Obbiettivo: Progettazione degli spazi e dei percorsi appropriata e funzionale ai servizi che vengono erogati).

4.2. OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

Il progetto si pone i seguenti obiettivi:

- ✓ realizzazione di un Ospedale di Comunità;
- ✓ perseguire gli obiettivi PNRR relativi alla misura M6-C1 – Inv.1.3;
- ✓ perseguire obiettivi di sostenibilità ambientale dell'intervento, in particolare connessa alle componenti di consumo energetico, paesaggio e qualità della vita.

Sotto il profilo costruttivo, il progetto dovrà adottare soluzioni tecnologiche ed impiantistiche nel pieno rispetto dei principi di sostenibilità ambientale, con la massima attenzione ai livelli di sicurezza, alle necessità di manutenzione dell'immobile, nonché a quelli di qualità e comfort degli spazi per gli utenti e per gli ambienti di lavoro destinati al personale.

5. REQUISITI DI PROGETTO

5.1. RILIEVI E INDAGINI

Le prestazioni propedeutiche alla progettazione (quali, a titolo esemplificato e non esaustivo: indagini sulle strutture e sui materiali; indagini geognostiche, geotecniche e geologiche; prove di laboratorio e in situ) dovranno tendere ad acquisire tutte le informazioni necessarie a sviluppare la progettazione in modo completo, nonché ad acquisire qualsiasi elemento utile e/o necessario per le scelte progettuali e le autorizzazioni.

Il progettista incaricato dovrà redigere un "piano indagini", elaborato in relazione alle proprie scelte imprenditoriali e alla propria organizzazione lavorativa, corredato dal computo metrico estimativo delle indagini comprensivo degli oneri della sicurezza afferenti al servizio tecnico specificato.

Il "piano indagini" dovrà essere coerente con le tempistiche previste per gli interventi nel suo complesso, il cui importo, determinato dal computo metrico allegato allo stesso, sarà contenuto all'interno dell'importo totale del finanziamento, e sarà corrisposto all'appaltatore, applicando il medesimo ribasso unico percentuale offerto per i servizi di progettazione e direzione dei lavori.

A seguito dell'approvazione da parte del RUP del "piano indagini", le eventuali successive integrazioni delle attività di indagine che l'appaltatore dovesse ritenere necessarie al fine di disporre del quadro conoscitivo completo per la redazione del progetto dovranno essere attuate a sua cura e spese e non potranno costituire causa di riconoscimento di incrementi del corrispettivo.

Con riferimento alle indagini necessarie alla verifica di vulnerabilità sismica, si precisa che queste, salvo questioni tecniche opportunamente motivate dall'aggiudicatario ed accolte dal RUP, dovranno essere tali da garantire il raggiungimento del livello di conoscenza LC3. Tutte le indagini, prelievi e prove dovranno essere eseguite e certificate da soggetti qualificate ed accreditati ai sensi del vigente quadro normativo ed in particolare secondo quanto previsto dall'art. 59 del D.P.R. n. 380/2001 e ss.mm.ii., dalle NTC 2018, dalla norma UNI EN ISO 9712, dalla nota prot. n. 3187 del 21.03.2018 dal Servizio Tecnico Centrale del C.S.LL.PP. e dalla Circolare 03.02.2019 n. 633/SCT.

5.2. AREE FUNZIONALI E LAYOUT DISTRIBUTIVO-FUNZIONALE

5.2.1. Il modello organizzativo

Il DM 77 definisce l'Ospedale di Comunità (OdC) "struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio". L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20.02.2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1 co. 7 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.) e può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture

residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

L'OdC deve essere realizzato nel rispetto delle norme vigenti a livello nazionale e regionale in materia di edilizia sanitaria. L'OdC deve essere dotato di servizi generali, nonché di eventuali opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stileria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

Gli obiettivi principali degli OdC sono quelli di garantire continuità assistenziale e di rispondere ad una sempre più impellente esigenza di flessibilità organizzativa.

Risulta essere un modello clinico e organizzativo che può congiungere personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure. Deve poter rappresentare un luogo accogliente, che possa rendere i pazienti più consapevoli della loro malattia, e possa portare loro ad un grado di maggiore autogestione.

Questo con l'obiettivo di alleggerire il carico sulle famiglie e sui caregiver. Dunque, l'OdC supporta il paziente nel suo rientro a casa e a saper gestire in maniera più autonoma i momenti di acuzie della propria malattia, al fine di evitare successive ospedalizzazioni non necessarie.

Gli OdC hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e saranno utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero sia per tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente. La responsabilità igienico sanitaria e clinica complessiva della struttura è comunque in capo a un medico, che può essere un dirigente medico dipendente dell'azienda sanitaria o un MMG dedicato. La responsabilità organizzativa è invece affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20.02.2020.

A coadiuvare il servizio di assistenza infermieristica, garantendone la continuità H24, vi sono gli Operatori Socio-Sanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti). In generale per ogni modulo di 20 posti letto dovrà essere comunque garantita la presenza delle seguenti figure professionali:

- ✓ 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico eventualmente condivisibile sui due moduli se presenti nell'OdC e di cui 1 responsabile delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale);
- ✓ 4-6 Operatori Socio Sanitari(OSS);
- ✓ 1-2 o più unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative;
- ✓ 1 Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

All'interno degli OdC possono essere ammesse solo alcune tipologie di pazienti, che sono tendenzialmente soggetti appartenenti alle categorie fragili della popolazione, che pur avendo un inquadramento diagnostico già esaurito, un programma terapeutico già definito e un quadro clinico nel complesso stabilizzato, hanno ancora bisogno di sorveglianza clinica o dell'erogazione di prestazioni infermieristiche, ma con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni).

In generale, le modalità di accesso sono distinte in:

- ✓ diagnosi o prognosi già definita;
- ✓ eventuale punteggio scala/e di valutazione;
- ✓ programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia.

In particolare dalle indicazioni del DM 77 emerge che i pazienti degli OdC rientrano essenzialmente in quattro tipologie:

- ✓ pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;

- ✓ pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- ✓ pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione e addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- ✓ pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, Protocolli, ecc. già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

Vista la tipologia di pazienti, si tratta quindi di un'elevata complessità assistenziale a fronte di una bassa intensità di cure.

5.2.2. Programma funzionale

Macro-aree omogenee

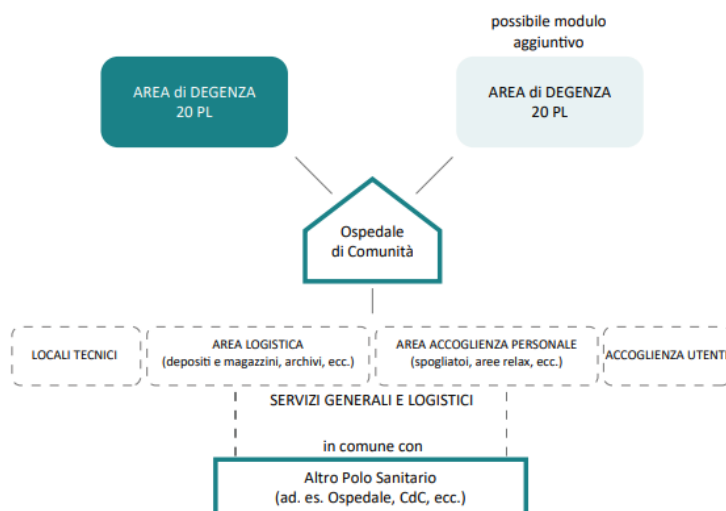
L'OdC è idealmente divisibile in due macro-aree omogenee:

- ✓ **Macro-Area DEGENZA** che ospita tutservizi di natura sanitaria quali degenzambulatori e aree per la riabilitazione;
- ✓ **Macro-Area GENERALI E LOGISTICI** che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici.

Questa macro-area può essere suddivisa in:

- servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.);
- servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.);
- servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);
- locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

In maniera schematica, l'immagine sotto riportata sintetizza le macro-aree che compongono l'OdC.



DEGENZA	AREA DEGENZA		
	Servizio di degenza low-care	AREA DEGENZA	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI		
	Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale sanitario	ACCOGLIENZA UTENTI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI		
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura sanitaria	MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		CUCINA	Facoltativo
		LAVANDERIA	Facoltativo
	AREE LOCALI TECNICI		
	CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	LOCALI TECNICI e CENTRALE TECNOLOGICA, UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condivisione

Aree funzionali

Ogni Macro-area è suddivisa in Aree funzionali e le singole Aree Funzionali devono essere strutturate al fine di dare indicazioni progettuali per ottimizzarne il funzionamento interno in termini di layout spaziale, di sistema relazionale e di definizione delle singole unità ambientali minime.

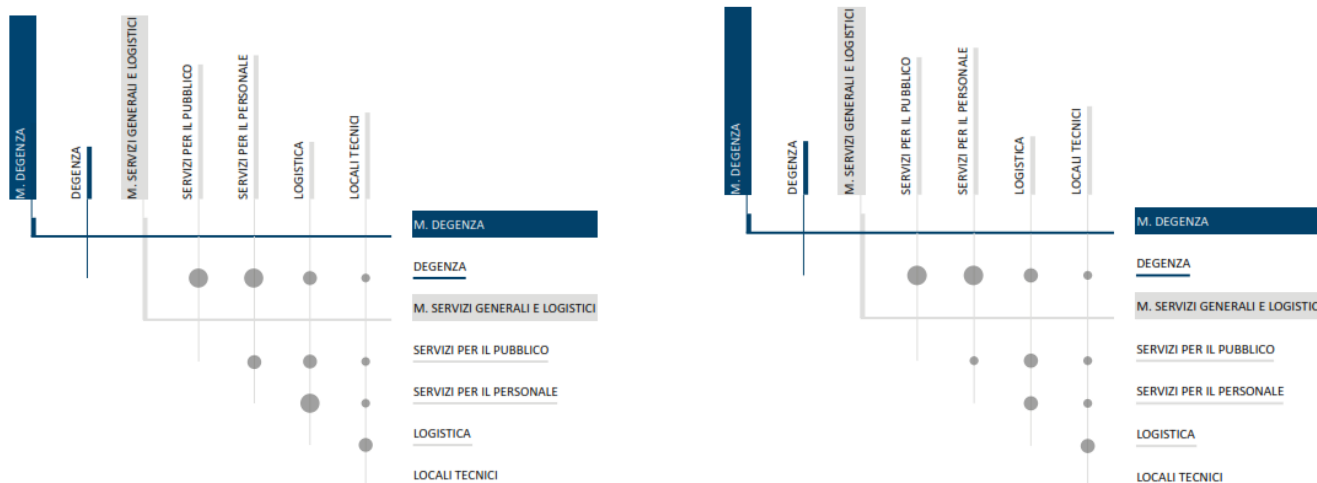
Unità ambientali

Ogni Area Funzionale è composta da unità ambientali (singoli ambienti fisici), che possono essere:

- ✓ unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale e il servizio da erogare;
- ✓ unità ambientali per i servizi annessi e di supporto, cioè i locali che utili per lo svolgimento delle funzioni quali depositi, locali lavoro, ecc., che possono essere in comune con altre aree funzionali;
- ✓ unità ambientali per l'accoglienza pazienti e caregiver, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

5.2.3. Relazioni funzionale e spaziali dell'OdC

In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, risulta strategico accentuare la necessità di compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza.



Matrice delle relazioni spaziali dell'OdC

Come da DM 77 gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera.

Queste strutture potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (cfr. Piano nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n.135/CSR). Nel caso sarebbe opportuno attrezzare tali spazi con arredi appropriati alla tipologia di utenza a tutela della loro sicurezza e incolumità. Tali degenze dovrebbero essere di tipo singolo ed essere le più prossime alla postazione controllo infermieri.

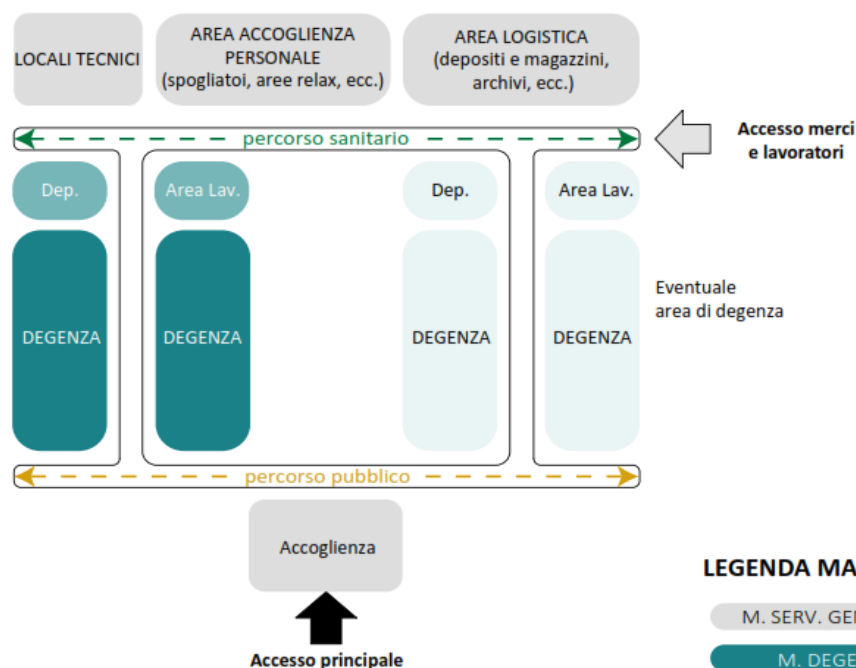
Naturalmente le seguenti indicazioni risultano più efficaci per i nuovi interventi e nel caso di riuso di edifici in disuso e/o porzioni di strutture sanitarie, una serie di valutazioni sulle relazioni spaziali e sull'assetto distributivo dovranno essere prese in considerazione puntualmente per garantire le migliori performance organizzativo-gestionali.

5.2.4. Indicazioni generali sul layout distributivo-funzionale

A partire dalle considerazioni emerse nei paragrafi precedenti, è possibile costruire un diagramma schematico-funzionale per gli OdC.

Nello specifico prendendo in considerazione le macro-aree funzionali, le aree Funzionali e le matrici di relazione spaziale, l'OdC risulta così composto:

Impostazione generale dell'OdC con le aree funzionali considerate obbligatorie



In relazione ai flussi principali si predilige la presenza di un unico ingresso PUBBLICO centrale e riconoscibile che possa indirizzare l'utente verso le funzioni esistenti nella struttura e la presenza di possibili accessi secondari (sanitari, merci, ecc.) che possano – in caso di esigenza- supportare la gestione di flussi separati di entrata e/o uscita (vedi esperienza COVID-19).

Se l'OdC è all'interno di una struttura sanitaria con più servizi sanitari, è opportuno garantire gli accessi in condivisione con la struttura ospitante ma separabili in caso di emergenza.

A livello distributivo, il posizionamento dei percorsi orizzontali e/o verticali gioca un ruolo strategico ed è preferibile, ove possibile, garantire i percorsi del pubblico e quelli sanitari differenziati, attraverso due corridoi, e in caso di strutture a sviluppo verticale, con ascensori differenziati.

5.2.5. Indicazioni e prescrizioni particolari

È inoltre richiesto quanto di seguito:

- ✓ le camere devono essere dotate di prese per l'ossigeno, il vuoto e l'aria medica;
- ✓ il bagno divisionale e tre camere di degenza devono essere dotate di sistema di sollevamento dei pazienti con binari a soffitto;
- ✓ deve essere assicurato il servizio lavanderia, stireria e cucina
- ✓ deve essere previsto un accesso riservato per i pazienti in arrivo attraverso il servizio di trasporto con ambulanza; in prossimità di tale accesso va posizionato il locale sosta salme;

Stanze di degenza

Per la funzione di cure palliative, alcune stanze possono essere allestite come singole, con letto per care-giver, e dotate ossigenoterapia/aspirazione a parete.

Le stanze di degenza saranno dotate di lavamano medici in prossimità dell'ingresso della stanza.

Ambulatori

Devono essere prese disposizioni per preservare la privacy del paziente dall'osservazione dall'esterno di una sala d'esame attraverso una porta aperta.

Se una sala di visita viene utilizzata come sala di osservazione, deve essere immediatamente accessibile all'infermiere o alla postazione di controllo e a un locale per i servizi igienici.

L'ambulatorio deve essere dotato di lavandino.

Area infermieri

L'area infermieri deve includere:

- ✓ bancone di lavoro infermieri;
- ✓ sistemi di comunicazione/IT;
- ✓ spazio per le forniture;
- ✓ spazio per l'archivio dei documenti.

5.3. OPERE EDILI

5.3.1. Introduzione

Il progetto deve prevedere:

- ✓ demolizioni di parti di murature interne e rifacimento di nuovi divisori del tipo "leggero" per la distribuzione degli spazi secondo le nuove esigenze;
- ✓ rimozione dei rivestimenti murari ceramici, ove presenti, con realizzazione di nuovi rivestimenti;
- ✓ realizzazione di nuovi controsoffitti antisismici in tutte le aree oggetto di intervento;
- ✓ realizzazione di nuovi servizi igienici per il personale e per l'utenza;
- ✓ realizzazione di nuova pavimentazione in tutte le aree oggetto di intervento;
- ✓ sostituzione di tutti gli attuali serramenti esterni privi delle caratteristiche di sicurezza e di conformità ambientale e dei relativi sistemi di oscuramento;
- ✓ sostituzione di tutti i serramenti interni;
- ✓ rifacimento di pavimenti e rivestimenti ceramici di tutti i servizi igienici;
- ✓ tinteggiatura completa di tutte le aree e installazione di adeguati dispositivi di protezione muraria.

5.3.2. Materiali e finiture

Sebbene la struttura in questione sia low-care, un tema di notevole importanza negli ambienti sanitari e quello relativo alle infezioni ospedaliere e alla persistenza di cariche batteriche sulle superfici. Gli ambienti sanitari sono composti da diversi superfici e arredi, con proprietà e performance differenti e che richiedono, in alcuni casi, anche prodotti molto differenti per la loro sanificazione. Più le superfici sono dello stesso materiale e più è ridotta la superficie su cui le cariche batteriche possono aggrapparsi, più immediata è la sanificazione.

Per quanto attiene ai materiali e alle finiture, si prevede:

- ✓ utilizzo di tramezzature interne in cartongesso;
- ✓ massetti in calcestruzzo;
- ✓ controsoffitti antisismici in cartongesso con botole di ispezione localizzate nelle camere e zone senza
- ✓ requisito di ispezionabilità diffusa, moduli 60x60cm in gesso alleggerito nei corridoi, depositi e
- ✓ locali che richiedono ispezione a soffitto, e doghe metalliche nei servizi igienici;
- ✓ pavimenti resilienti con risvolto a sguscia per battiscopa, con giunture saldate; ad esclusione dei
- ✓ servizi igienici dove si prevede gres porcellanato;
- ✓ rivestimenti lavabili e igienizzabili negli ambulatori, rivestimento in gres porcellanato nei servizi igienici;
- ✓ serramenti interni in legno laccato;
- ✓ serramenti esterni in alluminio a taglio termico, con vetri di sicurezza.

Le murature, i controsoffitti, le facciate e quant'altro rilevante dovrà rispettare quanto prescritto al paragrafo 7.2.3 delle Norme Tecniche per le Costruzioni (D.M. 17.01.2018) "criteri di progettazione degli elementi non strutturali".

Le pavimentazioni dovranno possedere requisiti di attrito coerenti con quanto disposto dal DM 236/1989 e dal DM 81/2008.

In corrispondenza di cambi di pavimentazione, deve essere garantito un giunto privo di sporgenze.

I serramenti e le vetrate di sicurezza devono venire progettati nel rispetto della UNI 7697:2021.

In relazione alle specificità delle attività esercitate, i locali devono essere in possesso di pareti resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, di infissi idonei al lavaggio e alla disinfezione, di pavimentazioni resistenti agli agenti chimici e fisici.

5.3.3. Porte interne

Le porte tra i corridoi, le stanze o i locali soggetti a occupazione devono essere di tipo a battente o scorrevoli quando i requisiti antincendio non sono compromessi.

Le porte scorrevoli nelle aree di cura dei pazienti non devono avere binari a pavimento.

Le porte degli ambulatori devono avere una larghezza minima di cm 120, e aprirsi verso l'esterno senza intralciare la larghezza minima dei corridoi.

Le porte dei servizi igienici devono essere posizionate in modo tale da garantire la privacy degli utenti interni anche in posizione di porta aperta.

5.3.4. Larghezze ed altezze minime da rispettare

Salvo le diverse prescrizioni di legge applicabili, l'altezza minima dei locali è prescritta in 270/300 cm, tranne che nei corridoi, depositi, servizi igienici, dove potrà essere 240cm.

La larghezza minima dei corridoi non può essere inferiore ai 240cm.

5.3.5. Pulizia e manutenzione

La progettazione dovrà considerare la necessità della struttura di ridurre le problematiche legate al controllo delle infezioni, prestando pertanto attenzione alle esigenze di pulizia delle superfici.

5.4. STRUTTURE

Poiché il progetto in oggetto interessa solo una porzione limitata della costruzione esistente (meno del 10% della superficie netta), da un punto di vista strutturale riguarderà opere di riqualificazione dell'immobile senza prevederne il miglioramento o l'adeguamento sismico dell'edificio. Eventuali opere di carattere strutturale saranno limitate ad interventi di riparazione o locali, ossia che interessino singoli elementi strutturali e che, comunque, non riducano le condizioni di sicurezza preesistenti, ai sensi di quanto indicato al punto 8.4.1 delle Norme Tecniche per le Costruzioni, di cui al Decreto del 17.01.2018.

5.5. IMPIANTI MECCANICI

5.5.1. Criteri generali

La progettazione degli impianti idrici e meccanici dovrà essere improntata al risparmio energetico, alla efficacia ed efficienza degli interventi di manutenzione, alla sicurezza, alla qualità dell'ambiente.

5.5.2. Climatizzazione e trattamento aria

Si prevede l'adozione di un impianto di riscaldamento e/o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°C/22°C nella stagione invernale e non superiore a 26° nella stagione estiva.

Inoltre, in tutti i locali si prevede l'adozione di un sistema di ricambio dell'area meccanizzato, con unità dotate di recupero del calore.

La progettazione dovrà essere guidata da principi di efficienza energetica, di sicurezza, e di facile manutenzione in fase operativa. Risulta opportuno privilegiare soluzioni che permettano una regolare gestione e manutenzione degli impianti, nonché un'adeguata igienizzazione e sanificazione per la sicurezza di lavoratori e utenti. In generale, particolare attenzione deve essere rivolta a:

- ✓ ispezionabilità degli impianti;
- ✓ facilità di eventuali verifiche dei parametri prestazionali;
- ✓ facilità di pulizia e sanificazione delle canalizzazioni.

Una particolare attenzione deve essere ricondotta alla riduzione dell'impatto ambientale di tali strutture con strategie di efficientamento energetico. Di fondamentale importanza, infatti, è l'attenzione all'impiego di mezzi di generazione al miglior livello tecnologico di efficienza e quando possibile il ricorso all'integrazione della produzione termica ed elettrica, tramite l'installazione di impianti cogenerativi.

È necessario, in riferimento alle missioni e obiettivi del PNRR, pertanto di lavorare sull'efficientamento energetico non solo ai grandi sistemi di generazione di energia, ma anche ai piccoli dettagli di funzionamento, ad esempio le riduzioni delle quantità d'aria e d'acqua in circolo, in relazione all'operatività discontinua e prevedibile delle strutture, promuovendo l'utilizzo estensivo di sistemi impiantistici a portata variabile, o anche l'installazione di recuperatori di calore, indispensabile ausilio al risparmio di energia negli impianti a tutt'aria esterna.

In aggiunta per garantire flessibilità e adattabilità degli spazi e impianti, nella progettazione e realizzazione si devono adottare soluzioni che consentano un facile cambiamento di utilizzo, si definiranno a priori possibilità di espansione interna o esterna, sempre nella logica che la struttura deve essere adatta in modo ottimale alle funzioni e non viceversa che le funzioni devono adattarsi al meglio possibile a strutture predefinite e non bene adattabili per motivi architettonici o impiantistici.

Il comfort necessario per gli ospitati in condizioni di fragilità deve essere elevato: in questa ottica particolare rilevanza assumono le condizioni termo-igrometriche che devono essere sempre garantite. In generale pertanto la CdC deve essere dotata di un'impiantistica di condizionamento che garantisca un comfort opportuno per tutti, e al contempo garantisca un'adeguata qualità dell'aria, come indicato anche nei documenti suggeriti dall'Istituto Superiore di Sanità.

In generale, trattandosi di aree low-care, tra i sistemi si potrebbero introdurre dei sistemi a tutt'aria che potrebbero risultare ottimali per una facile pulizia e manutenzione, nonché assenza di possibile discomfort acustico.

5.5.3. Impianti idrici e di scarico

Per l'approvvigionamento e la distribuzione idrica, di fondamentale importanza, che deve essere disponibile per tutti i giorni dell'anno.

Infine si suggerisce pertanto l'introduzione di un sistema di edificio intelligente che consenta il controllo, preferenzialmente automatico o rimandato ad operatori, della situazione di attività dei diversi settori dei diversi impianti e consenta, con il fermo o la riduzione di attività degli impianti o delle attrezzature in periodi di non uso o di uso limitato, consistenti risparmi.

Il sistema di distribuzione dell'acqua calda sanitaria dovrà prevedere idonei trattamenti anti-legionella.

Il sistema di distribuzione dell'acqua fredda sarà dotato di filtri autopulenti.

I servizi igienici saranno caratterizzati dalla facilità di pulizia e disinfezione.

I sistemi di scarico saranno separati, tra acque nere, bianche, grigie e cucina.

Non sono previsti reflui radioattivi.

5.5.4. Gas medicali

Per quanto concerne i gas tecnici/medicali, si prevede la presenza negli ambulatori e nelle stanze di degenza di prese vuoto, ossigeno, aria medica.

5.5.5. Allacci

Già presenti.

5.5.6. Criteri di progettazione antisismica

La progettazione degli impianti dovrà essere conforme a quanto prescritto al paragrafo 7.2.4 delle Norme Tecniche per le Costruzioni (D.M. 17.01.2018) "criteri di progettazione degli impianti".

5.6. IMPIANTI ELETTRICI

5.6.1. Criteri generali

La progettazione degli impianti elettrici e speciali dovrà essere improntata al risparmio energetico, alla sicurezza, alla qualità dell'ambiente, alla flessibilità degli ambienti.

Durante lo sviluppo del PFTE e con congruo anticipo rispetto alla relativa sottomissione, il progettista è tenuto a presentare un documento di sintesi esponente i criteri di progettazione impiantistica, incluse i criteri relativi alla connessione con le eventuali strutture esistenti e/o alla rete pubblica, per condivisione con gli uffici tecnici dell'amministrazione.

5.6.2. Dotazioni

La progettazione degli impianti elettrici includerà:

- ✓ impianto di forza motrice;
- ✓ impianto di messa a terra;
- ✓ impianto di illuminazione e illuminazione di emergenza;
- ✓ impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- ✓ impianto telefonico;
- ✓ impianto televisivo;
- ✓ impianto di videosorveglianza e allarme;
- ✓ cablaggio strutturato dati;
- ✓ impianto rilevazione e allarme incendi;
- ✓ sistema di continuità assoluta e linee preferenziali;
- ✓ sistema di protezione dalle scariche atmosferiche.

5.6.3. Quadri elettrici

I quadri devono essere facilmente accessibili, solo alle persone autorizzate.

I quadri devono essere collocati in spazi asciutti e ventilati, secondo norme di legge.

5.6.4. Criteri di progettazione antisismica

La progettazione degli impianti dovrà essere conforme a quanto prescritto al paragrafo 7.2.4 delle Norme Tecniche per le Costruzioni (D.M. 17.01.2018) "criteri di progettazione degli impianti".

5.7. SUPERAMENTO BARRIERE ARCHITTONICHE

Gli ambienti, i locali e gli accessi saranno situati in modo da permettere ad eventuali portatori di handicap di usufruire dell'edificio in tutte le sue parti.

Particolare riguardo dovrà essere posto alle porte esterne ed interne, alle rampe d'ingresso alle vie di circolazione ed ai servizi igienici.

Il progettista dovrà prevedere ogni accorgimento per la fruibilità della struttura da parte dei non vedenti/ipovedenti.

5.8. ANTINCENDIO

La progettazione antincendio deve essere conforme a quanto stabilito nel D.M. Interno 29 marzo 2021 "Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi per le strutture sanitarie".

Inoltre, ai sensi dell'Allegato I del DPR 151/2011, sono attività soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi le "Strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, case di riposo per anziani con oltre 25 posti letto", ovvero le "Strutture sanitarie che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, di superficie complessiva superiore a 500 m²".

Sarà onere del progettista interfacciarsi con il responsabile antincendio dell'Azienda Sanitaria per condividere le scelte e per eventuale coordinamento con sistemi antincendio esistenti.

5.9. ACUSTICA

La progettazione dovrà rispettare quanto disposto dal D.P.C.M. 5-12-1997.

Nel progetto di fattibilità tecnico ed economica, dovranno altresì essere indicati i criteri di fonoisolamento delle pareti interne, di fonoassorbimento dei materiali di rivestimento interno, al fine di garantire rispettivamente adeguati livelli di privacy negli ambulatori, e adeguati livelli di rumore di fondo negli spazi attesa, mensa, e simili.

5.10. CRITERI AMBIENTALI MINIMI

In generale, in materia ambientale dovranno essere rispettati i "Criteri ambientali minimi per l'affidamento del servizio di progettazione di interventi edilizi, per l'affidamento dei lavori per interventi edilizi e per l'affidamento congiunto di progettazione e lavori per interventi edilizi" (CAM Edilizia) approvati con DM MITE 23.06.2022.

5.11. PRINCIPIO "DO NOT SIGNIFICANT HARM" E TAGGING CLIMATICO

Il Dispositivo per la ripresa e la resilienza (Regolamento UE 241/2021) stabilisce che tutte le misure dei Piani nazionali per la ripresa e resilienza (PNRR) debbano soddisfare il principio di "non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali". Tale vincolo si traduce in una valutazione di conformità degli interventi al principio del "Do No Significant Harm" (DNSH), con riferimento al sistema di tassonomia delle attività ecosostenibili indicato all'articolo 17 del Regolamento (UE) 2020/852.

Il principio DNSH, declinato sui sei obiettivi ambientali definiti nell'ambito del sistema di tassonomia delle attività ecosostenibili, ha lo scopo di valutare se una misura possa o meno arrecare un danno ai sei obiettivi ambientali individuati nell'accordo di Parigi (Green Deal europeo).

Tutti gli investimenti e le riforme proposti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza sono stati valutati dalle amministrazioni titolari; in particolare, le valutazioni condotte sugli interventi della Missione 6 – Salute sono contenute nelle schede di valutazione allegate alla Circolare MEF-RGS del 30 dicembre 2021, n. 32, che comprende altresì una mappatura di applicabilità delle schede e le check list di controllo.

Il progettista incaricato dovrà applicare all'intervento in oggetto le prescrizioni contenute nelle Schede Tecniche associate all'intervento identificando altresì quelle ulteriori eventualmente applicabili alle specificità dell'intervento stesso, e avendo cura di garantire, ove l'investimento PNRR in oggetto contribuisca sostanzialmente al raggiungimento dell'obiettivo della mitigazione dei cambiamenti climatici, l'applicazione delle prescrizioni associate al "Regime 1".

In particolare, per gli interventi in oggetto si sono individuati i seguenti Regimi, ed associate le seguenti Schede Tecniche:

Misura / Investimento	Regime	Schede associate
M6-C1 / Inv.1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Regime 1 – contributo sostanziale conspecifico riferimento all'attività principale prevista dall'investimento	Scheda 1 – Costruzione nuovi edifici Scheda 2 – Ristrutturazione edifici <i>Scheda 4 – Acquisto, leasing, e noleggio AEE Medicali</i> Scheda 5 – Interventi edili e cantieristica generica <i>Scheda 6 – Servizi informatici di hosting e cloud</i>
Le schede riportate in <i>corsivo</i> sono da applicarsi alle forniture e/o ai servizi, contenendo prescrizioni sull'acquisto o leasing di apparecchiature e servizi informatici di hosting e cloud, e non sono in genere da applicarsi ai contratti di progettazione e/o lavori		

Si rimanda pertanto alle prescrizioni contenute nelle Schede Tecniche, richiamando che il Progettista affidatario:

- ✓ è responsabile del rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti nell'ambito del raggiungimento degli obiettivi di mitigazione, adattamento e riduzione degli impatti e dei rischi ambientali, fornendo gli elementi di verifica ex ante indicati nelle Schede Tecniche associate all'investimento in oggetto.
- ✓ è tenuto a fornire ogni elemento giustificativo, ogni quantificazione e rendicontazione al fine di consentire all'Amministrazione la dimostrazione che l'effettiva realizzazione dell'appalto è rispettosa del principio DNSH.

5.12. CONTO TERMICO

Lo sviluppo della progettazione dovrà avvenire considerando l'opportunità di accesso al co-finanziamento in "Conto Termico" GSE 2022.

A tal fine, ove opportuno, dovrà essere effettuata la diagnosi energetica dell'edificio esistente e valutate le misure di efficientamento energetico e le possibilità di accedere agli incentivi specifici previsti dalla normativa vigente. Tramite l'analisi costi-benefici dovrà essere definita la tipologia di intervento e le soluzioni edili impiantistiche che, nel rispetto del quadro economico di progetto, consentono l'acquisizione di cofinanziamenti e migliorano le prestazioni dei fabbricati, nell'ottica del contenimento dei costi gestionali.

5.13. ARREDI E ATTREZZATURE MEDICALI E NON MEDICALI

Il progettista dovrà sviluppare la progettazione attraverso proprie assunzioni in merito ai requisiti relativi agli arredi e attrezzature medicali e non medicali (dimensioni, pesi, ingombri, aree di rispetto, assorbimenti elettrici, carichi

termici, connessioni impiantistiche, scarichi, dettagli, connessioni, condizioni di installazione e manutenzione, ecc.). Tali assunzioni dovranno essere adeguate alla finalità dell'intervento e coerenti con le condizioni di mercato, e dovranno tenere in considerazione la flessibilità che la struttura è tenuta a garantire nel tempo.

Qualora, durante lo sviluppo progettuale, l'amministrazione renda noto l'elenco delle attrezzature che intenderà impiegare nei locali in oggetto, il progettista dovrà verificarne i requisiti e adeguare spazi e dotazioni impiantistiche in coerenza.

5.14. AREE ESTERNE

Nella definizione delle aree esterne della struttura si dovrà agevolare l'accessibilità alla stessa attraverso mezzi pubblici, pedoni e biciclette.

Ove possibile, si dovranno prevedere misure di protezione dal rumore cittadino o sufficiente abbattimento.

La progettazione delle aree esterne cercherà di adottare sistemi a verde ombreggianti, minimizzando la necessità di ricorrere alla manutenzione.

5.15. BIM

Il progettista svilupperà il progetto adottando la modellazione BIM.

Oltre alla modellazione degli elementi edili, strutturali e impiantistici, il progettista è tenuto a modellare gli elementi tipologici rappresentativi degli elementi di arredo e attrezzature, al fine di dare completezza alla lettura degli elaborati progettuali e di assicurare il coordinamento interdisciplinare.

5.16. FASI DI CANTIERE E SICUREZZA

Durante lo sviluppo progettuale il progettista è tenuto ad incontrarsi con il RSPP dell'amministrazione al fine di condividere le fasi di realizzazione dell'opera, e ogni interferenza con l'attività che rimarrà operativa nelle aree attigue al cantiere.

Qualora l'intervento preveda l'esecuzione di lavori all'interno di una struttura sanitaria che rimane in operatività, il progetto dovrà trattare e definire:

- ✓ il piano delle fasi di attuazione degli interventi, rivolto alla minimizzazione degli impatti al servizio ai pazienti;
- ✓ ogni rischio, derivante dall'attività di cantiere prevista, agli utenti e al personale della struttura che rimane in operatività;
- ✓ l'eventuale necessità di ricollocare / trasferire i pazienti;
- ✓ le eventuali opere, barriere e altre misure di protezione necessarie per proteggere le aree adiacenti;
- ✓ eventuali elementi di protezione dalle opere di demolizione.

6. CONSIDERAZIONI DI NATURA ECONOMICA

6.1. FONTI DI FINANZIAMENTO

Per l'intervento di cui trattasi si allega Quadro Economico di spesa finanziato con il PNRR:

ODC ANDRIA - MAR - Cluster B	
A) LAVORI	1.875.420 €
A.1) importo dei lavori	1.812.000 €
A.2) Oneri sicurezza non soggetti a ribasso	63.420 €
B) SOMME a DISPOSIZIONE	1.243.976 €
B.1) Imprevisti	37.508 €
B.2) Acquisto aree e/o immobili - importo non rendicontabile	- €
B.3) Attrezzature, arredi, forniture	332.092 €
B.4) Indagini	20.000 €
B.5) Progettazione, D.L., collaudo, verifiche	370.583 €
B.5.a) Progettazione	131.279 €
B.5.b) Supporto al RUP	18.754 €
B.5.c) Verifica del progetto (art.26, d.lgs. 50/2016)	37.508 €
B.5.d) Collaudo (tecnico-amministrativo, statico, tecnico funzionale degli impianti)	37.508 €
B.5.e) Coordinatore della sicurezza in fase di esecuzione e Direzione Lavori	131.279 €
B.5.f) Contributo previdenziale (4%) su spese tecniche	14.253 €
B.6) ACCANTONAMENTI	58.512 €
B.6.a) Art. 113 esclusa la quota del 20% dei beni strumentali	30.007 €
B.6.b) Polizze rischi professionali personale interno per progettazione	3.751 €
B.6.c) Spese per commissioni giudicatrici (IVA INCLUSA)	18.754 €
B.6.d) Spese per pubblicità e notifiche (ANAC)	6.000 €
B.7) ALLACCI	75.000 €
B.8) IVA	350.281 €
B.8.a) IVA su lavori e imprevisti	191.293 €
B.8.b) IVA su attrezzature, arredi, forniture	73.060 €
B.8.c) IVA su indagini	4.400 €
B.8.d) IVA su spese tecniche	81.528 €
TOTALE GENERALE PROGETTO A+B (inclusa IVA)	3.119.396 €
Totale escluso arredi e forniture + IVA	2.714.244 €

6.2. PROCEDURE DI AFFIDAMENTO

Per l'affidamento dei servizi tecnici e dei lavori necessari alla realizzazione dell'intervento in oggetto, in ragione di quanto stabilito con Deliberazione della Direzione Strategica Aziendale n. 588 del 01.07.2022, si provvederà ad emettere degli specifici ordini attuativi a valere sull'Accordo Quadro concluso da Invitalia S.p.A. ad oggetto l'affidamento di lavori (OG1 – OG11) e servizi di ingegneria e architettura (E.10 – S.03 – IA.02 – IA.04) per la nuova

edificazione, ristrutturazione e riqualificazione di edifici pubblici quali case della comunità, ospedali delle comunità, centrali operative territoriali" (di seguito, "AQ Invitalia").

In particolare, a seconda delle prestazioni da affidare, si farà riferimento ai seguenti sub lotti prestazioni afferenti al "Claster 20" del "Lotto geografico 11 - Puglia 2" dell'AQ Invitalia:

- ✓ **Sub-lotto Prestazionale 1 - CIG_93261706F2:** Progettazione; Attività di supporto alla progettazione (rilievi, indagini e prove di laboratorio); Coordinamento della sicurezza in fase di progettazione; Direzione dei lavori; Coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione (di seguito, "Servizi Tecnici");
- ✓ **Sub-lotto Prestazionale 2 - CIG_9326711565:** Servizi di verifica della progettazione di cui all'articolo 26 del Codice dei Contratti (di seguito, "Servizi di Verifica");
- ✓ **Sub-lotto Prestazionale 3 - CIG_93267559B3:** Lavori (di seguito, "Lavori").

Per ciascuna prestazione, a seguito dell'emissione del relativo Ordine Attuativo, sarà sottoscritto un contratto con l'Operatore Economico aggiudicatario sulla base dello schema di contratto specifico di cui all'allegato G.1 al Disciplinare Unico dell'AQ Invitalia.

7. LIVELLI DELLA PROGETTAZIONE

7.1. PROGETTO DI FATTIBILITÀ TECNICA ED ECONOMICA

Il progetto di fattibilità tecnico ed economica (PFTE) sarà sviluppato in coerenza con quanto disposto all'art.23 comma 5 del D.Lgs 50/2016, nonché dal contenuto minimo degli elaborati previsti dal DPR 207/2010 art. 17.

Il progettista incaricato sviluppa, nel rispetto dei contenuti del presente documento e secondo le modalità indicate dal decreto, tutte le indagini e gli studi necessari, nonché elaborati grafici per l'individuazione delle caratteristiche dimensionali, volumetriche, tipologiche, funzionali e tecnologiche dei lavori da realizzare e le relative stime economiche.

7.2. PROGETTO DEFINITIVO

Il progetto definitivo si basa sul progetto di fattibilità tecnica ed economica e ne diviene il naturale approfondimento tecnico. Il progetto sarà sviluppato conformemente a quanto disposto dall'art. 24 comma 5 del DPR 207/2010 e ss. mm.ii..

7.3. PROGETTO ESECUTIVO

Il progetto esecutivo costituisce l'ingegnerizzazione del progetto definitivo approvato; esso sarà sviluppato conformemente a quanto disposto dall'art. 33 DPR 207/2010 e ss. mm.ii..

Restano esclusi soltanto i piani operativi di cantiere, i piani di approvvigionamenti, nonché i calcoli e i grafici relativi alle opere provvisorie. Il progetto è redatto nel pieno rispetto del progetto definitivo nonché delle prescrizioni dettate nei titoli abilitativi o in sede di accertamento di conformità urbanistica, o di conferenza di servizi o di pronuncia di compatibilità ambientale, ove previste.

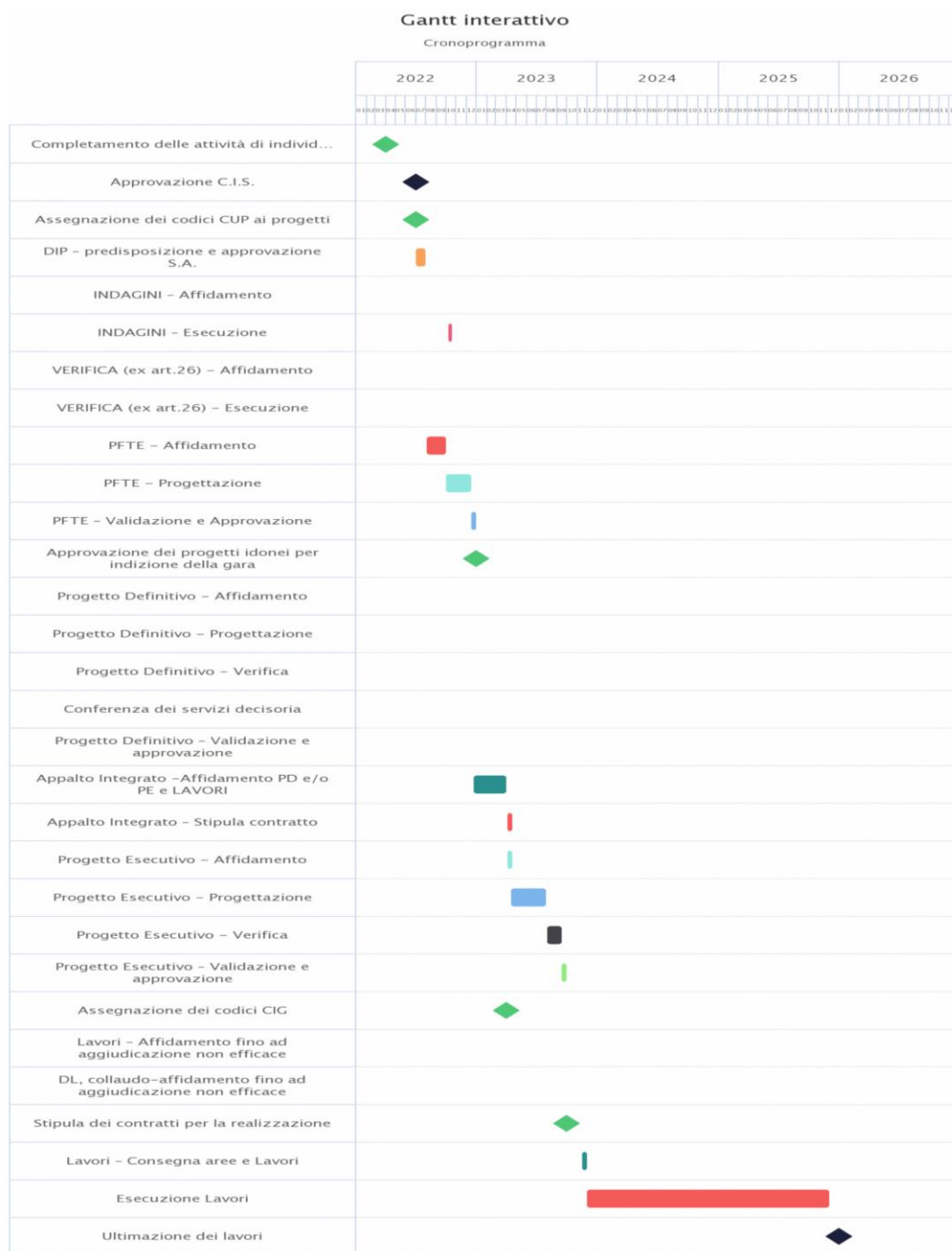
7.4. OMISSIONE DI UNO O PIÙ LIVELLI DI PROGETTAZIONE

In coerenza con quanto disposto dall'art.23, comma 4, del Codice, l'amministrazione si riserva la facoltà di chiedere l'omissione di uno o di entrambi i primi due livelli di progettazione, purché il livello successivo contenga tutti gli elementi previsti per il livello omesso, salvaguardando la qualità della progettazione.

8. CRONOPROGRAMMA

8.1. CRONOPROGRAMMA REALIZZATIVO DELL'INTERVENTO

Per il cronoprogramma dell'intero intervento ci si dovrà attenere a quanto previsto negli all'allegati al CIS, sottoscritto tra la Regione Puglia e il Ministero della Salute in data 31.05.2022.



8.2. TEMPI DI ESECUZIONE DELLA PROGETTAZIONE

I tempi stimati per l'esecuzione delle prestazioni oggetto della progettazione sono i seguenti:

- ✓ PFTE: 20 giorni n.c.;
- ✓ Progetto definitivo: 50 giorni n.c.;
- ✓ Progetto esecutivo: 30 giorni n.c..

