



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



PNRR
MISSIONE 6 - SALUTE

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA E PIANO COMPLEMENTARE

MISSIONE 6 - SALUTE

DOCUMENTO PRELIMINARE ALL'AVVIO DELLA PROGETTAZIONE

PER LA REALIZZAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITA' HUB DI BAGNOREGIO

Versione:	01
Data:	23.03.2023



SOMMARIO

1. INTRODUZIONE	5
1.1 INQUADRAMENTO NORMATIVO	5
1.2 IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	5
1.3 IL CONTRATTO ISTITUZIONALE DI SVILUPPO (CIS)	6
1.4 OGGETTO	7
2. RIFERIMENTI NORMATIVI	7
2.1 RIFERIMENTI NORMATIVI ESSENZIALI	7
2.2 STANDARD E REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	10
2.3 CIRCOLARI, ISTRUZIONI TECNICHE E GUIDE OPERATIVE UTILI	10
3. CONTESTO	11
3.1 INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELL'INTERVENTO.....	11
3.1 LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO	11
3.2 STATO DI FATTO	12
3.3 INQUADRAMENTO URBANISTICO.....	15
3.4 VINCOLI.....	16
3.4 ULTERIORI ELEMENTI.....	16
4. OBIETTIVI DI PROGETTO	16
4.1 OBIETTIVI GENERALI DEI PROGETTI DELLA MISSIONE 6 - SALUTE	17
4.2 OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	19
5. REQUISITI DI PROGETTO.....	20
5.1 INTRODUZIONE	20
5.1.1 Descrizione dell'intervento.....	20
5.1.2 Rilievi e indagini	22
5.1.3 Limiti dell'intervento.....	22
5.2 AREE FUNZIONALI E LAYOUT DISTRIBUTIVO-FUNZIONALE	22
5.2.1 Il modello organizzativo.....	22
5.2.2 Programma funzionale.....	24
5.2.3 Relazioni funzionali e spaziali della Casa della Comunità.....	29
5.2.4 Indicazioni generali sul layout distributivo - funzionale	31
5.2.5 Indicazioni e prescrizioni particolari	32
5.3 OPERE EDILI	32
5.3.1 Introduzione.....	32
5.3.2 Materiali e finiture	33
5.3.3 Porte interne.....	33
5.3.4 Larghezze ed altezze minime da rispettare.....	34
5.3.5 Pulizia e manutenzione	34



5.4 STRUTTURE	34
5.5 IMPIANTI MECCANICI	34
5.5.1 Criteri generali	34
5.5.2 Climatizzazione e trattamento aria	34
5.5.3 Impianti idrici e di scarico	35
5.5.4 Gas medicali	35
5.5.5 Allacci	35
5.5.6 Criteri di progettazione antisismica	35
5.6 IMPIANTI ELETTRICI	36
5.6.1 Criteri generali	36
5.6.2 Dotazioni	36
5.6.3 Quadri elettrici	36
5.6.4 Criteri di progettazione antisismica	36
5.7 SUPERAMENTO BARRIERE ARCHITTONICHE	36
5.8 BENI CULTURALI	37
5.9 ANTINCENDIO	37
5.10 ACUSTICA La progettazione dovrà rispettare quanto disposto dal D.P.C.M. 5-12-1997	37
5.11 PROTEZIONE DALLE RADIAZIONI IONIZZANTI E NON IONIZZANTI	37
5.12 CRITERI AMBIENTALI MINIMI	37
5.13 PRINCIPIO "DO NOT SIGNIFICANT HARM" E TAGGING CLIMATICO	37
5.14 CONTO TERMICO	39
5.15 ARREDI E ATTREZZATURE MEDICALI E NON MEDICALI	39
5.16 AREE ESTERNE	39
5.17 BIM	39
5.18 FASI DI CANTIERE E SICUREZZA	39
6. QUADRO ECONOMICO E FINANZIARIO	40
6.1 STIMA LAVORI	40
6.2 STIMA DELLE SPESE TECNICHE FUNZIONALI ALL'ATTUAZIONE DELL'INTERVENTO	41
6.3 QUADRO ECONOMICO	41
6.4 FONTE DI FINANZIAMENTO	43
7. PROCEDURA DI AFFIDAMENTO	43
8. LIVELLI DELLA PROGETTAZIONE	43
8.3 PROGETTO DEFINITIVO	43
8.5 PROGETTO ESECUTIVO	44
8.6 OMISSIONE DI UNO O PIU' LIVELLI DI PROGETTAZIONE	44
9. CRONOPROGRAMMA	44



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



PNRR
MISSIONE 6 - SALUTE

9.1 CRONOPROGRAMMA REALIZZATIVO DELL'INTERVENTO	44
9.2 TEMPI DI ESECUZIONE DELLA PROGETTAZIONE.....	44
10. DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE	45



1. INTRODUZIONE

1.1 INQUADRAMENTO NORMATIVO

Il presente documento costituisce una Linea guida alla redazione del Documento Preliminare all'avvio della Progettazione (DIP) ai sensi dell'art. 15 del DPR 207/2010, in base alle disposizioni transitorie e di coordinamento previste all'art. 216 comma 4, richiamate all'art. 23 comma 3 del D.Lgs. 50/2016 "Codice Appalti".

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 formano 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 articola in due componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

La componente include i seguenti investimenti:

- C1 Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona
- C1 Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina



- C1 Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e 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.

La componente include i seguenti investimenti:

- C2 Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- C2 Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- C2 Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione
- C2 Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- C2 Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Con Decreto del 20/01/2022, pubblicato nella G.U. n. 57 del 09/03/2022, il Ministero della Salute ha:

- determinato in € 8.042.960.665,58 le risorse destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero e Soggetti attuatori le Regioni e Province Autonome, di cui € 6.592.960.665,58 a valere sul PNRR e € 1.450.000.000,00 a valere sul PNC;
- ripartito alle Regioni e Province Autonome, in qualità di Soggetti attuatori, le risorse di cui al punto 1);
- stabilito che l'assegnazione delle risorse verrà revocata qualora il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) non venga sottoscritto entro il 31 maggio 2022 e comunque nel caso di mancato raggiungimento della Milestone EU che prevede l'approvazione di tutti i CIS con tutte le Regioni entro il 30 giugno 2022.

1.3 IL CONTRATTO ISTITUZIONALE DI SVILUPPO (CIS)

Il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) è lo strumento di programmazione negoziata identificato per l'attuazione degli interventi della Missione 6 del PNRR (art. 56 del Decreto-legge 31 maggio 2021 n. 77).

In data 17/06/2022 è stato acquisito al prot. n. 599826 il CIS sottoscritto dalla Regione Lazio ed il Ministero della Salute. Allegati al CIS vi sono specifici documenti tecnici di carattere vincolante per i soggetti attuatori, quali:

- Il Piano Operativo Regionale: Documento tecnico, redatto e approvato dalla Regione, su indicazioni e con il supporto tecnico del MdS, tramite l'Agenas, contenente gli Action Plan per gli investimenti di attuazione regionale;
- Gli Action plan: documenti che conterranno il cronoprogramma (milestone e target vincolanti) di ogni singola linea d'investimento, con i principali step per il completamento degli interventi nel rispetto delle tempistiche previste;
- Le Schede intervento: documento programmatico e vincolante, che costituisce la linea di attività, di lavori, di costi per ciascuna realtà regionale/provinciale. A tal fine, sono state predisposte specifiche schede intervento (CdC, OdC) presentate dalle Regioni mediante la piattaforma messa a disposizione da Agenas che concorrono a:
 - o informare gli specifici progetti contenuti nel documento summa di Piano Operativo;
 - o Identificare il singolo progetto, il singolo sito di intervento, il singolo acquisto, la singola sostituzione per descriverne le caratteristiche qualitative e finanziarie e i riferimenti logistici e geografici.

Ogni progetto finanziato dal PNRR – M6 salute, la cui attuazione è demandata alle Regioni ovvero agli Enti del servizio sanitario regionale, assume pertanto specifiche obbligazioni verso:

- il rispetto degli obblighi di etichettatura degli interventi (obbligo del CUP) di monitoraggio, rendicontazione e controllo e concorrere;
- il conseguimento di traguardi e obiettivi associati al progetto. Ed eventuali azioni correttive atte a prevenire eventuali ostacoli e ritardi;
- il rispetto delle norme vigenti e delle regole specifiche stabilite per il PNRR (es. DNSH, spese entro il mese di agosto 2026, ecc.);
- le misure atte a prevenire e correggere eventuali irregolarità e sulla restituzione delle risorse indebitamente utilizzate.

1.4 OGGETTO

Oggetto dell'intervento è la realizzazione della Casa della Comunità Hub di Bagnoregio (di seguito anche "il Progetto"), appartenente alla seguente linea di investimento PNRR : *M6.C1 – 1.1 Case della Comunità*

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:

- Decreto Legislativo 18 aprile 2016 n. 50 e ss.mm.ii., compresa la Legge 120/2020 (Legge semplificazioni) e la Legge 108/2021;
- 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;
- Decreto Presidente della Repubblica del 5 ottobre 2010 n. 207 *"Regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, recante «Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE»"* per quanto applicabile e vigente nella fase transitoria;
- Linee guida ANAC emanate progressivamente a seguito del D.lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii., per quanto applicabili;
- D.lgs. 2 luglio 2010 n. 104 *"Attuazione dell'articolo 44 della legge 18 giugno 2009, n. 69, recante delega al governo per il riordino del processo amministrativo"*;



- DL 27 gennaio 2022 n. 4 (c.d. “sostegni-ter”, convertito con Legge 28 marzo 2022, n. 25) – Art. 29 “*Disposizioni urgenti in materia di contratti pubblici*”
- DL 17 maggio 2022, n. 50¹ (c.d. “Decreto aiuti”) 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. LL.PP. 11.03.88, D.M. 14.01.2008, decreto 17/01/2018 del ministero delle infrastrutture e dei trasporti “*Aggiornamento delle «Norme tecniche per le costruzioni»*”;
- Sicurezza in caso di incendio: D.M. Interno 29 marzo 2021 “*Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi per le strutture sanitarie*” e ss. mm. ii.; DPR 151/2011 “*Regolamento recante semplificazione della disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione degli incendi*”;
- Igiene, salute, ambiente: D.lgs. 81/08; D.lgs. 152/06 e ss. mm. ii.; DGRV 2424 8.8.08, norme di settore;
- Sicurezza di utilizzazione; D.lgs. 81/08 e norme di settore; L. 13/89, DPR 503/96 e DM LL.PP. 236/89 barriere architettoniche;
- Protezione contro il rumore: L. 447/95;
- Risparmio energetico e isolamento termico: “*edificio a energia quasi zero*” (*Near Zero Energy Buildings - NZEB*) ai sensi del D.lgs. 192/2005 e del Decreto del Ministero dello sviluppo economico 26 giugno 2015; Legge n. 90/2013 e relativi Decreti Attuativi; Decreto interministeriale 11 aprile 2008, che ai sensi dei commi 1126 e 1127 dell’art. 1 della L.27/12/2006 n. 296, ha approvato il “*Piano d’azione per la sostenibilità ambientale dei consumi della pubblica amministrazione*”;
- Sicurezza nei luoghi di lavoro: D.lgs. 81/2008 e ss. mm. ii.; Circ. 13/97 Regione Veneto;
- Impianti: Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 22 gennaio 2008, n. 37;
- Norme in materia di sostenibilità ambientale ed inquinamento: Legge 28 dicembre 2015 n.221 – Efficacia dei Criteri Ambientali Minimi (CAM) applicabili per la realizzazione dell’opera nel suo complesso, in particolare:
 - o DM 11 ottobre 2017: Affidamento di servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici;
 - o DM 27 settembre 2017: 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;
 - o DM 7 marzo 2012: Affidamento servizi energetici per gli edifici, servizio di illuminazione e forza motrice, servizio di riscaldamento/raffrescamento;
 - o DM 11 gennaio 2017: Fornitura e servizio di noleggio di arredi per interni;
 - o DM 5 febbraio 2015: Acquisto di articoli per l’arredo urbano;

¹ il Decreto deve alla data di emissione del presente documento essere ancora convertito in Legge



- o DM 13 dicembre 2013: Affidamento del servizio di gestione del verde pubblico, acquisto di ammendanti, piante ornamentali, impianti di irrigazione;
- BIM: Decreto Ministeriale n. 312 del 02/08/2021 c.d. decreto BIM – *Building Information Modeling*
- 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:

- 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*”;
- Decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dall'articolo 1 della legge 29 luglio 2021, n. 108, concernente la “*Governance del PNRR e le prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure*”.
- Decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto, n. 113 “*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*”
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 9 luglio 2021 di individuazione delle Amministrazioni centrali titolari di interventi previsti nel PNRR, di cui all'art. 8 del decreto legge n. 77 del 31/05/2021 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) valutato positivamente con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio e notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021
- Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 15 luglio 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
- Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 06 agosto 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 dicembre 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.
- Decreto Ministero della Salute 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)
- Decreto del Ministero della Salute del 1 aprile 2022, che ripartisce analiticamente (Allegato 1 al decreto) le risorse del PNRR assegnate a titolarità del ministero.
- Decreto del Ministero della Salute 5 aprile 2022 - 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 – alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano. Alla data attuale, i regolamenti regionali applicabili risultano essere:

ALLEGATO C del DCA 8/2011 E SS.MM. ED II.

Per quanto riguarda la normativa nazionale, si richiama:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 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 7 febbraio 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 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante Piano Nazionale della Cronicità.
- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 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”*.
- Decreto del Ministero della Salute, in concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, n.77 del 23 maggio 2022 recante *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*

Il decreto n.77 del 23 maggio 2022, all'art.1 comma 2, riporta: “le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del presente provvedimento”.

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

- **Amministrazione Responsabile:** MINISTERO DELLA SANITA'
- **Soggetto Attuatore:** REGIONE LAZIO
- **Stazione Appaltante:** ASL VITERBO
- **RUP (eventuale) :** p.i. Maurizio Conte
- **CUP:** G67H21029830001

3.1 LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

Bagnoregio, Via F.lli Agosti n: 6 01022 Bagnoregio

Foglio 14 particelle 168-208 sub. 3



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA

PIÙ PROSSIMITÀ
INNOVAZIONE
UGUAGLIANZA
Salute



PNRR
MISSIONE 6 - SALUTE

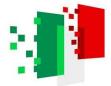
3.2 STATO DI FATTO

L'immobile individuato per la realizzazione della Casa della Comunità di Bagnoregio è costituito da una struttura omogenea di antica costruzione che attualmente ospita la Casa della Salute di Bagnoregio, costituito da 3 piani fuori terra





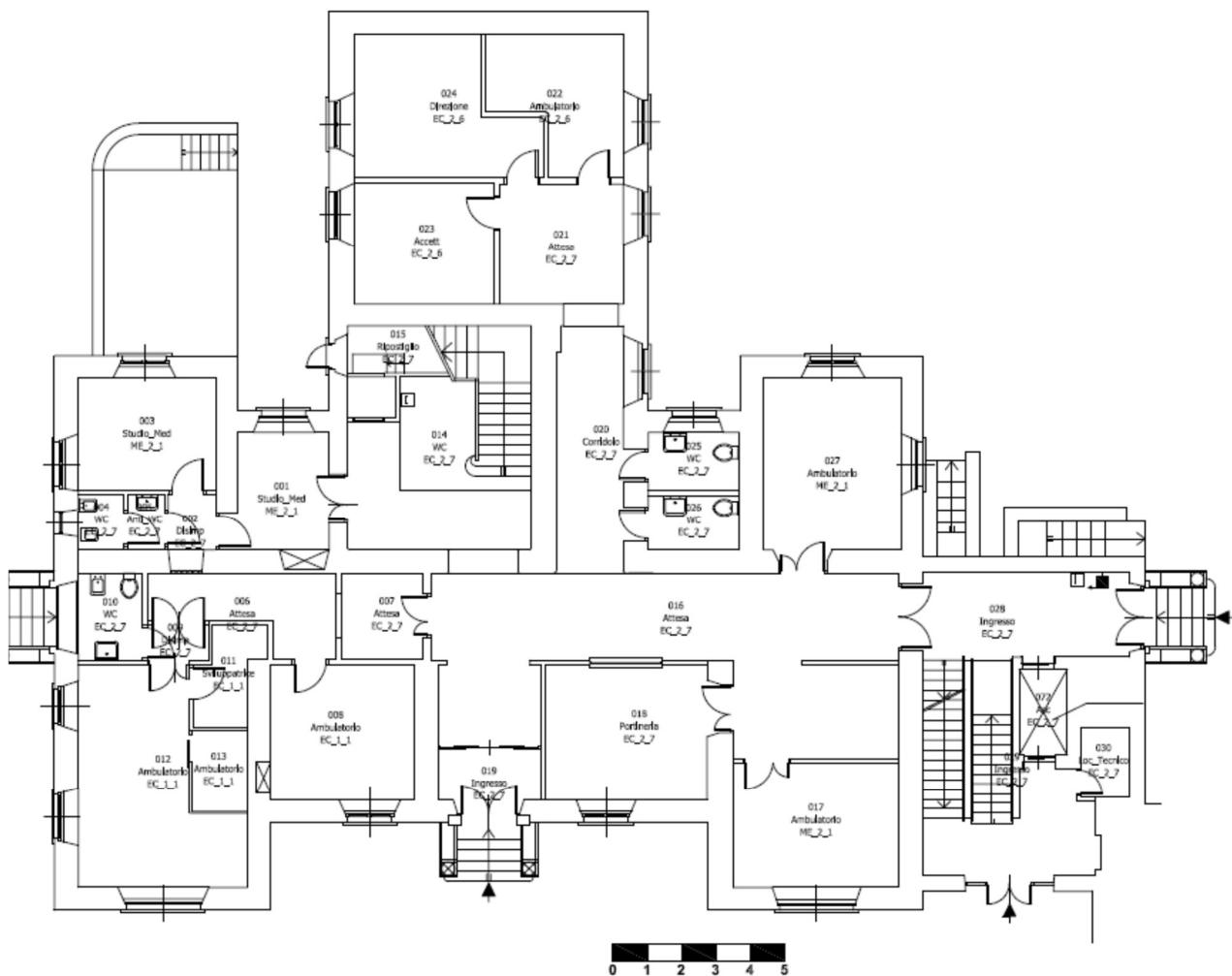
Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

 **Italiadomani**
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA

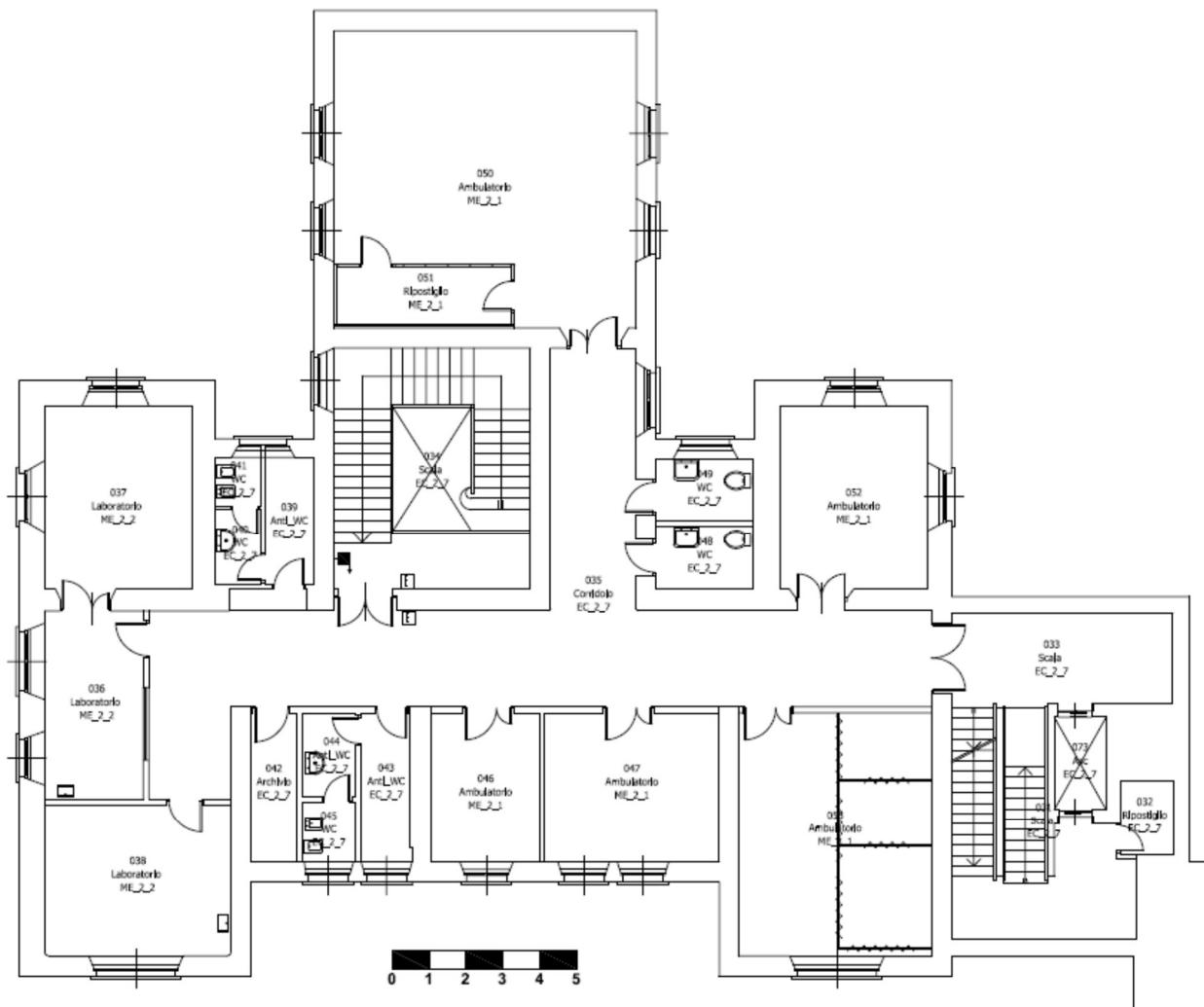
PIÙ PROSSIMITÀ
UGUAGLIANZA
Salute



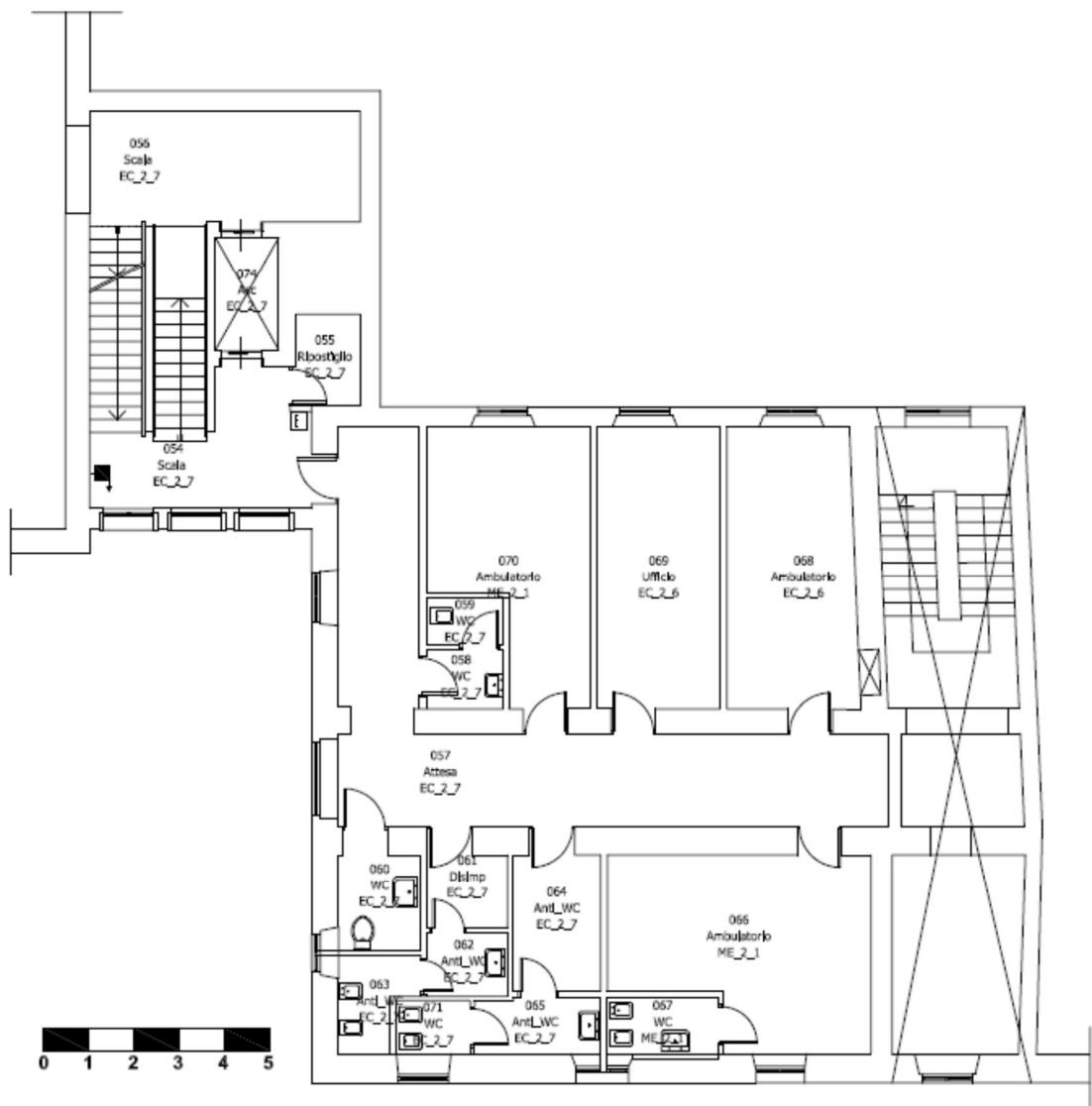
PNRR
MISSIONE 6 - SALUTE



Piano Terra

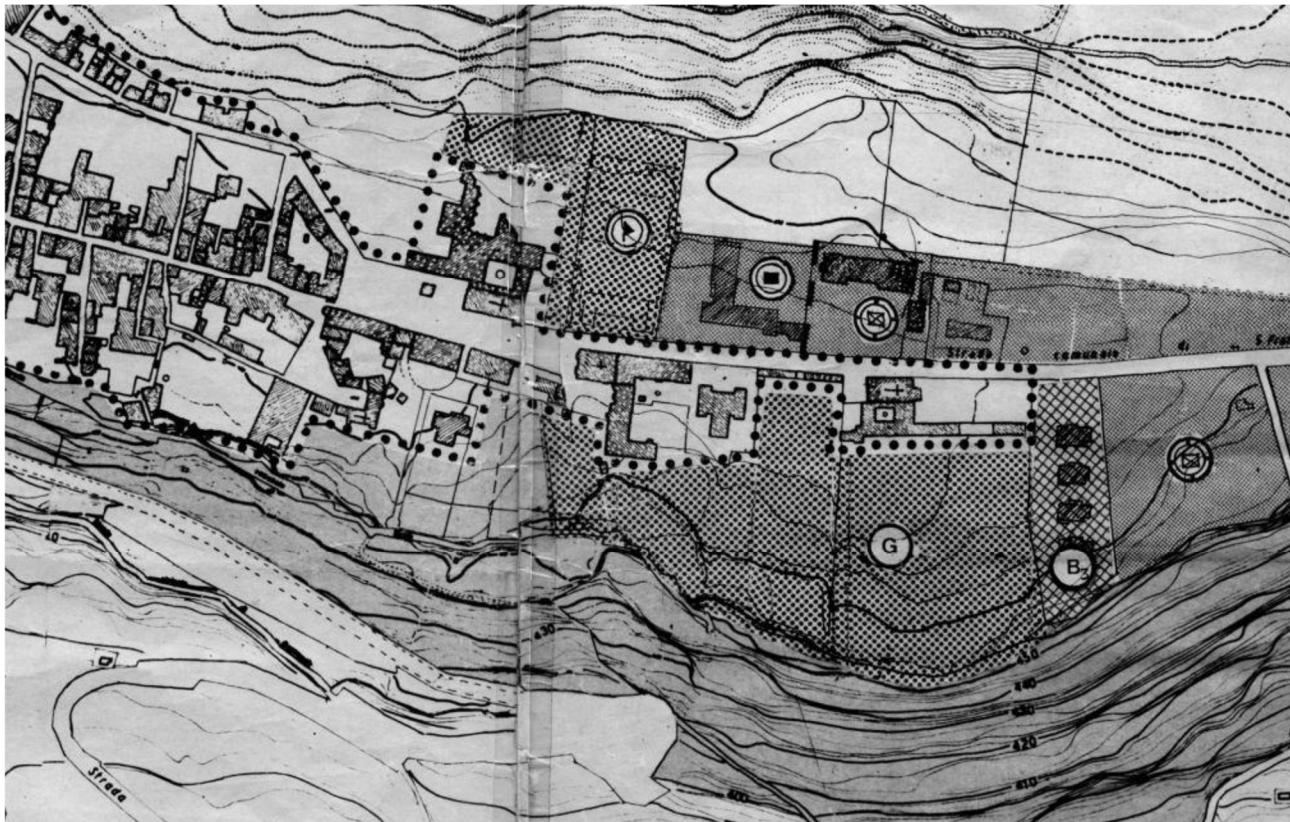


Piano 1



Piano 2

3.3 INQUADRAMENTO URBANISTICO



L'Intervento è coerente con i Documenti di Programmazione e/o gli strumenti di pianificazione territoriale e settoriale (ad es. urbanistica, paesaggistica, infrastrutture)

3.4 VINCOLI

Fermo restando l'obbligo – per il progettista – di verificare la presenza di ogni vincolo gravante sulle aree di progetto, si elencano di seguito i principali vincoli presenti:

L'immobile oggetto di intervento si trova in zona urbana all'interno del Centro Storico dell'abitato di Bagnoregio. Il fabbricato non risulta gravato da vincoli specifici, ma essendo realizzato da più di 70 anni ed essendo di proprietà pubblica rientra nelle previsioni della L. 1497/1939 per cui è soggetta alle norme del D.lgs 42/2004 artt. 21 e 146, salvo per gli interventi rientranti nell'all.A del dpr31/17.

3.4 ULTERIORI ELEMENTI

- Autorizzazioni / approvazioni da conseguire (ad es. Verifica preventiva dell'interesse archeologico, Autorizzazioni impiantistiche, Bonifica Ordigni Bellici, Bonifica Amianto, etc.)
- Disponibilità delle aree e/o espropri

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 marco-aree e graficamente rappresentati in seguito:

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

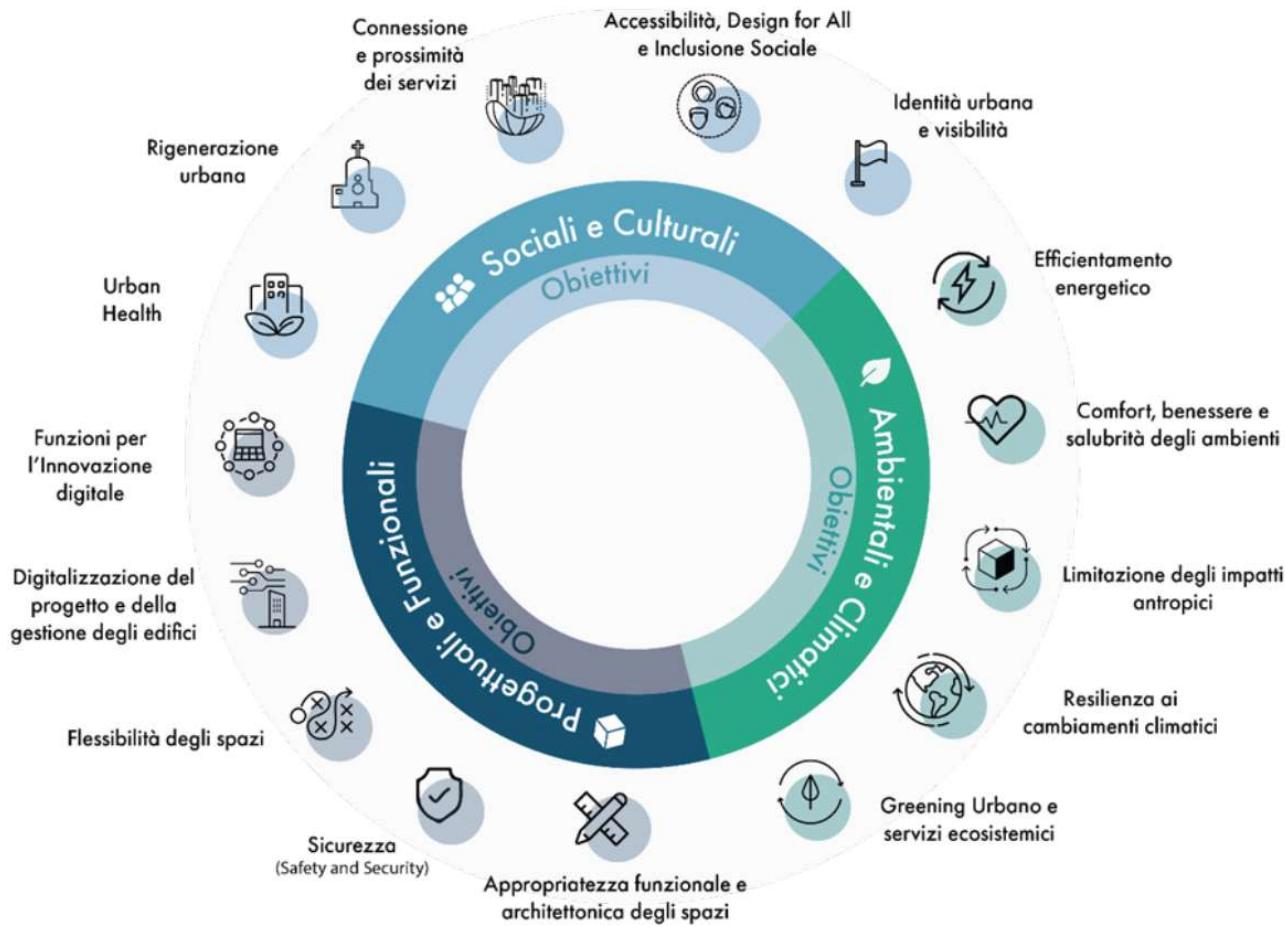
- Urban Health
- Rigenerazione urbana
- Connessione e prossimità dei servizi
- Accessibilità, Design for All e Inclusione Sociale
- Identità urbana e visibilità

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



Schema obiettivi generali del progetto

Pertanto la programmazione e la realizzazione delle Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali oltre ad offrire servizi per la salute, saranno al contempo 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 diseguaglianze 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.

4.2 OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

Il progetto si pone i seguenti obiettivi:

- realizzazione di una Casa della Comunità HUB per il bacino d'utenza costituito dai comuni di Lubriano, Castiglione in Teverina, Civitella D'Agliano, Graffignano, Celleno oltre che, ovviamente, Bagnoregio
- perseguire gli obiettivi PNRR relativi alla misura M6-C1 – Inv.1.1;
- perseguire obiettivi di sostenibilità ambientale dell'intervento, in particolare connessa alle componenti di consumo energetico, paesaggio, qualità della vita **[modificare come opportuno]**.

Tra gli obiettivi temporali della misura del PNRR, si riportano di seguito i target e milestone della misura come contenuto nel Piano Operativo Regionale:

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità	T3 2023	
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

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 INTRODUZIONE

5.1.1 Descrizione dell'intervento

L'intervento prevede :

PIANO TERRA - trasformazione della sala radiologia(1) in un ambulatorio odontoiatrico con opere di rimozione delle porte piombate e schermi in piombo sopra le finestre , sostituzione delle porte in PVC e revisione dei bagni per disabili.

Verrà installata pompa di calore aria/aria per climatizzazione invernale ed estiva con canalizzazione nei controsoffitti

-trasformazione della UCP in sala partecipazione di comunità e MMG attraverso la realizzazione di tramezzi e porte interne in pvc;

- PIANO PRIMO – negli ambulatori deve essere eseguita pittura lavabile HCCP , tinteggiatura dei corridoi , banda di protezione ingresso Psichiatria oltre alla rimozione e sostituzione di 4 porte in PVC. - La palestra sarà climatizzata con pompa di calore ad aria nel controsoffitto*
- PIANO COPERTURA – revisione totale del manto di copertura, realizzazione di linea vita e nuova guaina sul terrazzo .*

TECNOLOGIE ED IMPIANTI

- Impianto di climatizzazione**

Al fine di garantire ottimali condizioni di microclima in tutte le aree soggette ad intervento, sono previste installazioni di impianti di climatizzazione caldo/freddo dotati di adeguati sistemi di regolazione delle condizioni climatiche, e per alcune aree più critiche, l'integrazione di una soluzione per il trattamento dell'aria. Le soluzioni tecnologiche appropriate allo scopo e disponibili sul mercato sono due:

- impianto di climatizzazione a pompa di calore, aria/aria, mono/multi split;*
- impianto di condizionamento e trattamento dell'aria a pompa di calore, canalizzato (tutt'aria);*

Attualmente, nelle aree destinate alla Casa di Comunità, la maggior parte degli ambienti è dotata del solo impianto di riscaldamento, e solo una ristretta parte è attrezzata con un adeguato impianto di climatizzazione in grado mantenere l'equilibrio microclimatico. Sono pertanto stati previste realizzazioni di installazione di nuove soluzioni per la climatizzazione ed il condizionamento dei locali della Casa di Comunità.

Le unità a Pompa di Calore dovranno essere del tipo ad alta efficienza, o comunque garantire un coefficiente di prestazione (COP/GUE) e un indice di efficienza energetica (EER) maggiore o uguale ai pertinenti valori minimi, fissati dal Decreto interministeriale 26 giugno 2015 – “Applicazione delle metodologie di calcolo delle prestazioni energetiche e definizione delle prescrizioni e dei requisiti minimi degli edifici” e s.m.i..

Le modalità installative impiantistiche ipotizzate prevedono il passaggio di tubazioni in rame veicolanti il gas “refrigerante” protetti da canali plastici o metallici, correnti



esternamente sui prospetti posteriori ed internamente entro le controsoffittature esistenti.

Il posizionamento delle unità esterne dovrà essere effettuato in funzione dei vincoli paesaggistici gravanti nell'area del fabbricato ospitante l'attuale ospedale e delle eventuali prescrizioni prescritte dalla soprintendenza a cui richiedere autorizzazione per l'esecuzione di opere. In ogni caso, sull'elaborato grafico allegato alla relazione, sono state individuate delle aree ipotetiche dove poter collocare le apparecchiature principali costituenti i futuri impianti.

- Impianti complementari

Dovranno essere rivisti ed adeguati alle nuove esigenze gli impianti elettrici, di illuminazione ed antincendio.

In tutte le aree di transito e attesa, è prevista la disponibilità di accesso alla rete Internet mediante l'uso della tecnologia Wireless. La copertura del segnale WI-FI dovrà essere garantita da Access Point installati a distanza di 10 metri l'uno dall'altro.

Tutte le postazioni di lavoro dovranno essere dotate di cinque prese elettriche e di tre prese dati.

Nella progettazione dell'impianto di trasmissione Wireless si dovrà tenere conto della strategicità dello stesso rispetto alle funzioni clinico amministrative e la necessità di elevata sicurezza, performance e continuità funzionamento.

Verifica dei costi;

La Casa della Comunità avrà una superficie utile di circa 840 mq ma le aree di intervento comprendono una superficie di circa mq. 726 ed il costo previsto delle opere è pari ad €.230 000. per un costo di 317 €/mq



La sede della Casa della Comunità deve essere visibile e facilmente accessibile per la comunità di riferimento perché è il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari) e i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere

Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziane e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

La Casa della Comunità sarà dotata di 10-15 sale di consulenza ed esame, punto di prelievo, servizi diagnostici di base, nonché un innovativo sistema di interconnessione dati, inoltre garantisce l'erogazione dei seguenti servizi:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 7 giorni su 7 (lunedì-domenica);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

5.1.2 Rilievi e indagini

I rilievi, lo stato di consistenza e le indagini già eseguite dall'Amministrazione saranno rese a disposizione del progettista.

5.1.3 Limiti dell'intervento

L'intervento comprende tutte le lavorazioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR nonché per l'accreditamento sanitario della struttura.

5.2 AREE FUNZIONALI E LAYOUT DISTRIBUTIVO-FUNZIONALE

5.2.1 Il modello organizzativo

Il DM 77 definisce la Casa di Comunità (CdC) *“il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria”*. La CdC rappresenta quindi il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. La CdC in generale, deve essere una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito all'interno del SSN in grado di erogare ai cittadini, l'insieme dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria.

La missione di questa struttura sanitaria, pertanto, è **prendersi cura delle persone fin dal momento dell'accesso**, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, anche



con lo scopo di eliminare gli accessi impropri dagli ospedali. Inoltre, l'adozione di un modello basato sull'integrazione funzionale tra i diversi erogatori di servizi sanitari consente un utilizzo delle risorse umane e professionali più positivo per il successo della struttura stessa.

Come definisce il DM77 l'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

Come anticipato, la CdC rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un approccio intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei molteplici ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito.

Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione. La CdC è il luogo in cui operano, attraverso il lavoro di gruppo, i medici di medicina generale (MMG) in forma associata, i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali, il personale infermieristico, assistenti sociali, ecc.

Come già cita il DM 77, infatti, la CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra MMG e PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (anche nelle loro forme organizzative), Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) e altri professionisti (Psicologi, Ostetrici, ecc.). In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi H12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale H24.

L'assetto organizzativo autonomo all'interno di una rete integrata di servizi socio-sanitari, con relazioni cliniche e organizzative strutturate, mette le CdC in relazione con gli altri nodi della rete della Sanità Pubblica.

Essa rappresenta la **struttura di riferimento per le cure primarie con caratteri di estensività assistenziale** e integra il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale, orientamento alla produttività delle prestazioni, efficienza ed eccellenza. Essa dovrà rappresentare un punto di riferimento per la popolazione e quindi garantire ai cittadini prestazioni ambulatoriali vicino a casa.

Infine, sempre come cita il DM 77, l'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

La CdC rappresenta un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto e proprio per questo adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- **Rete Intra-CdC**, definita dalla messa in rete delle figure professionali che operano all'interno delle CdC;
- **Rete Inter-CdC**, con l'obiettivo di mettere in relazione la CdC Hub con le sue CdC Spoke, così da soddisfare al meglio le esigenze di erogare servizi in maniera più ampia e diffusa possibile;



- **Rete Territoriale**, ovvero il sistema con il quale le CdC vengono messe in rete con le altre strutture sanitarie territoriali come assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- **Rete Territoriale Integrata**, che pone le CdC a sistema con l'attività ospedaliera. In questo caso è fondamentale il ruolo delle piattaforme informatiche: queste permettono il cruciale compito di poter destinare pazienti delle CdC alle strutture che possono garantire prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche, specie quando si tratta di malati con cronicità ad alta complessità.

Tipologia Hub e Spoke

Sulla base dei profili di utenza e delle attività che vengono erogate, l'**organizzazione della CdC è articolata in macro-aree funzionali**, all'interno delle quali le unità spaziali sono raggruppate per funzioni omogenee. In generale la CdC può essere strutturata in modo diverso a seconda dei servizi erogati (obbligatori e facoltativi, vedi successivamente) e dei relativi spazi, del contesto e del bacino d'utenza in cui essa è inserita. Di conseguenza la complessità della struttura varia in funzione della presenza e della tipologia dei servizi erogati a partire anche dal loro dimensionamento.

L'indicatore caratteristico della tipologia è il **grado di complessità**, dove con grado di complessità si intende il numero e il tipo di servizi forniti. Nella definizione delle CdC vi sono due livelli di complessità (Hub e Spoke) così suddivisi:

- la **CdC Hub** oltre a garantire l'erogazione dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base;
- la **CdC Spoke** è prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primari.

In particolar modo il modello organizzativo delle CdC Hub, al fine di assicurare i servizi previsti, prevede che ci siano 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) così organizzati, come indicato dal DM 77:

- 1 Coordinatore Infermieristico,
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali,
- 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute,
- 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

5.2.2 Programma funzionale

Il progetto dovrà rispettare le disposizioni indicate nel regolamento recante *“Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”* per le Case di Comunità HUB e le prescrizioni sulle caratteristiche strutturali indicate nel provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale della Regione LAZIO .

Fermo restando il rispetto delle disposizioni e prescrizioni sopra indicate, per quanto applicabili al progetto, si presentano di seguito le indicazioni per lo sviluppo progettuale della Casa della Comunità.

Macro-aree omogenee

La Casa di Comunità è idealmente suddivisa in quattro macro-aree omogenee:

- **Macro-Area SPECIALISTICA** che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e quelli specialistici;
- **Macro-Area CURE PRIMARIE** che accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatria di Libera Scelta (PLS) e gli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), ecc.;
- **Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ** che ospita Assistenza medica H24/12, servizi infermieristici, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici sede dei servizi socio-sanitari quali quelli sociali con la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, ecc.;



- **Macro-Area SERVIZI 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, locale coordinatore, ecc.);
 - *servizi logistici* (archivi, magazzini, depositi, ecc.);
 - *locali tecnici* (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

Arearie funzionali

Ogni Macro-area è suddivisa in Aree funzionali, suddivise in obbligatorie e facoltative secondo i seguenti criteri:

- **Obbligatorie**, se indicate come “Obbligatorie” in termini organizzativi nella Tab. 4 del DM 77;
- **Facoltative**, se considerate “Fortemente Raccomandate”, “Raccomandate” e “Facoltative” in termini organizzativi nella Tab. 4 del DM 77.

Oltre alla aree obbligatorie e facoltative, il progetto può includere ulteriori aree funzionali, secondo le specifiche esigenze del progetto.

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

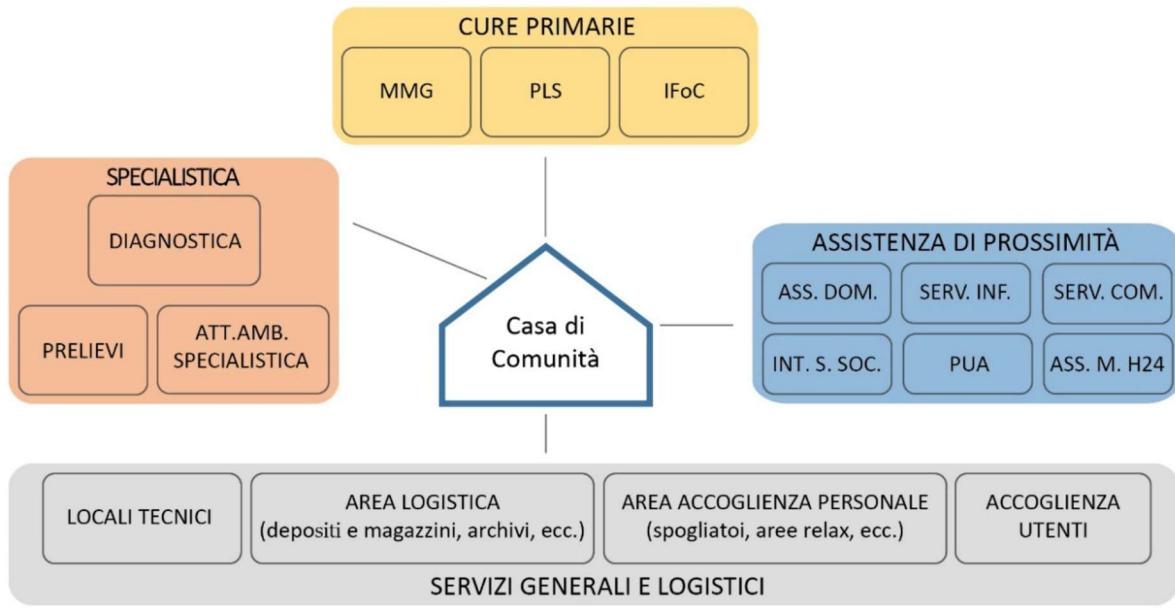
Alcuni spazi possono essere interscambiabili e adoperati per diverse attività erogate all'interno della CdC, come ad esempio l'area accoglienza, le aree di deposito, gli spogliatoi per il personale, le aree relax per il personale, ecc.

Tale considerazione prevede pertanto che ci sia a livello organizzativo e gestionale della struttura un coordinamento delle attività socio-sanitarie adeguate all'uso degli spazi, nonché da un punto di vista progettuale gli spazi possano essere adattati per diverse esigenze.

Dal momento che le caratteristiche territoriali e locali, il bacino di utenza e la configurazione della tipologia di CdC viene definita dagli enti di riferimento, nelle sezioni a seguire non vengono riportati:

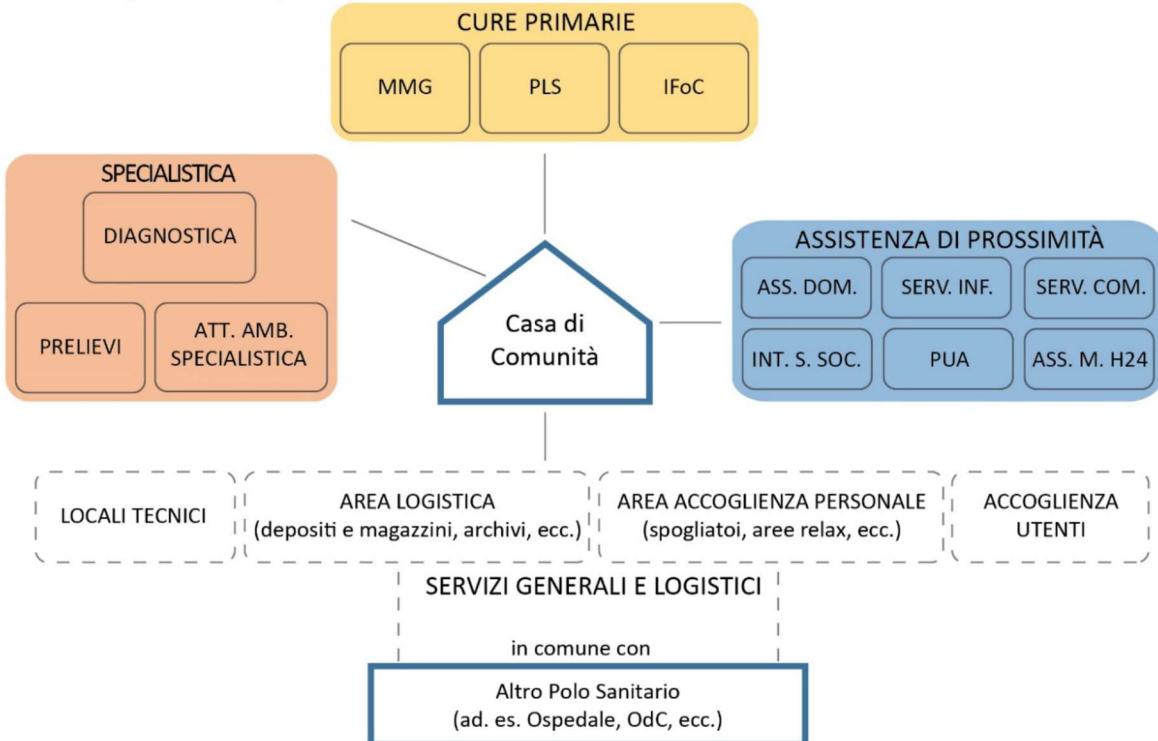
- né il numero specifico di locali operativi poiché in relazione alle attività che verranno insediate all'interno della CdC, le istanze epidemiologiche della popolazione e il modello organizzativo gestionale degli spazi, ecc., il seguente numero può variare;
- né il dimensionamento minimo delle unità ambientali perché si rimanda ai riferimenti regionali relativi all'accreditamento delle strutture ospedaliere e/o socio-sanitarie assimilabili alle CdC.

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



Schematizzazione della CdC

In caso di CdC realizzata all'interno di **poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi** (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di **CdC Hub o Spoke integrate con OdC e/o COT**, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macro-area Servizi Generali e Logistici possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio l'area accoglienza, aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc., come la seguente immagine sintetizza



Esempio di schematizzazione della CdC, in cui tutti i servizi generali e logistici sono in comune con l'edificio sanitario che la ospita



Unità Funzionali della CdC		Indicazioni CdC	
MACROAREA	AREE FUNZIONALI	METAPROGETTO	
		HUB	SPOKE
AREA DIAGNOSTICA DI BASE			
SPECIALISTICA	<i>Servizi di diagnosi e cura</i>	DIAGNOSTICA di BASE (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio
	AREA PRELIEVI		Facoltativo
	<i>Area prelievi e PO</i>	AREA PRELIEVI	Obbligatorio
	ATTIVITA' AMBULATORIALE SPECIALISTICA		Facoltativo
CURE PRIMARIE	<i>Servizi ambulatoriali specialistici</i>	AREA AMBULATORIALE SPECIALISTICA (diabetologo, cardiologo, ecc.)	Obbligatorio
	AREA CURE PRIMARIE		Obbligatorio
	AMBULATORI per Medici di Medicina Generale (MMG)		Obbligatorio
	AMBULATORI per Pediatri di Libera Scelta (PLS)		Obbligatorio
ASSISTENZA PROSSIMITÀ DI	AMBULATORI per Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)		Obbligatorio
	SERVIZI INFERMIERISTICI		
	AMBULATORI INFERMIERISTICI (IFoC)		Obbligatorio
	ASSISTENZA MEDICA H24 / H12		
	<i>Assistenza medica</i>	ASSISTENZA MEDICA H24 / H12	Obbligatorio (H24) Obbligatorio (H12)
	PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)		
	PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)		Obbligatorio
	INTEGRAZIONE con i SERVIZI SOCIALI		Obbligatorio
	Spazi per ASSISTENTI SOCIALI		Obbligatorio
	ASSISTENZA DOMICILIARE		
SERVIZI GENERALI E	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)		Obbligatorio
	UNITA' CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA)		Obbligatorio /
	SERVIZI PER LA COMUNITÀ'		
	SALA RIUNIONI POLIVALENTE		Obbligatorio
	AREA SERVIZI GENERALI		
	<i>Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico sanitario</i>	ACCOGLIENZA UTENTI - URP-CUP	Obbligatorio
		AREA PERSONALE	Obbligatorio
		AREA DIREZIONALE e AMMINISTRATIVA	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI LOGISTICI	AREA SERVIZI LOGISTICI		
	<i>Servizi logistici per il funzionamento della struttura socio-sanitaria</i>	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio
		SERVIZI INFORMATIVI e TELEMEDICINA	Obbligatorio
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio
		AREA PULIZIA	Obbligatorio
	AREE LOCALI TECNICI		
	<i>CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.</i>	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.	

Tabella con l'elenco delle Macro-aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per la CdC Hub e Spoke



Programma funzionale

Si riporta di seguito un'ipotesi di programma funzionale per CdC HUB,. Nota bene: le stanze e le superfici riportate di seguito hanno carattere meramente indicativo e vanno necessariamente rielaborate dall'amministrazione.

Macro-Area	Stanze	n.stanze	mq/stanza (minimo)	mq tot
SPECIALISTICA	Locale infermieri/postazione controllo infermieri	1	20	20
	Attesa	1	28	28
	Ambulatorio servizi ambulatoriali / diagnostica	3	16	48
	Prelievi	2	10	20
	Locale medici	1	12	12
	Deposito pulito/sporco	2	8	16
	Archivio/deposito	2	8	16
	Area relax personale	1	12	12
	Servizi igienici personale (M/F)	2	6	12
	Antibagno	1	4	4
CURE PRIMARIE	Accettazione/segreteria	1	20	20
	Attesa	1	28	28
	Servizi igienici pubblico (M-F)	2	4	8
	Servizi igienici pubblico /disabili	1	5	5
	Ambulatori medici MMG / PLS / continuità ass.le	5	16	80
ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ	Accettazione	1	6	6
	Attesa	1	20	20
	Ufficio Punto Unico di Accesso (PUA)	1	32	32
	Ambulatori infermieristici (IFoC)	1	16	16
	Assistenza medica h24	1	16	16
	Sala riunioni polivalente	1	16	16
	Sale servizi (Assistenti sociali, Servizio integrazione lavorativa, Servizio non autosufficienza, Centro adolescenza, Servizio neuropsichiatria infantile, Servizio tutela minori, Consultorio familiare, ecc.)	3	14	42
	Assistenza domiciliare (assistenza domiciliare integrata, unità continuità assistenziale)	1	14	14
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	Antibagno	1	4	4
	Servizi igienici pubblici (M, F)	2	4	8
	Servizi igienici pubblico /disabili	1	5	5
	Ufficio amministrativo	1	12	12
	Ufficio segreteria	1	12	12
	Ufficio Centro Unico Prenotazioni (CUP)	1	16	16
	Area fotocopiatrici/stampanti	1	8	8
	Area relax personale	1	10	10
	Deposito	1	8	8
	Servizi igienici personale	2	4	8
	Spogliatoi personale	2	6	12
	Raccolta e gestione rifiuti e pulizia	1	7	7
	Locale quadri elettrici	2	4	8
	Locale dati	2	4	8
TOTALE sup.funzionale netta CdC Hub				597
Corridoi/circolazione			597x25%	149



Scale e ascensori	(esclusi)	
Centrali / subcentrali tecniche	597x8%	48
Totale netto CdC Hub		794
Totale, lordo CdC Hub	794	1,125
		893

Il progettista avrà comunque il compito di sviluppare – nel Progetto di Fattibilità Tecnico ed Economica – un’analisi delle esigenze funzionali e proporre un *Functional Space Program* con l’elenco definitivo delle stanze di Progetto, ottenendo l’approvazione dell’Amministrazione.

Ove e quanto intervenissero nuove disposizioni di regolamentazione in materia, il Progettista dovrà prontamente sviluppare una relazione sulle modifiche da introdurre nel progetto in corso di sviluppo, e presentarla all’Amministrazione per condividere le modalità di revisione del progetto, e successivamente avrà l’onere di recepire quanto ordinato dall’Amministrazione nella successiva fase progettuale.

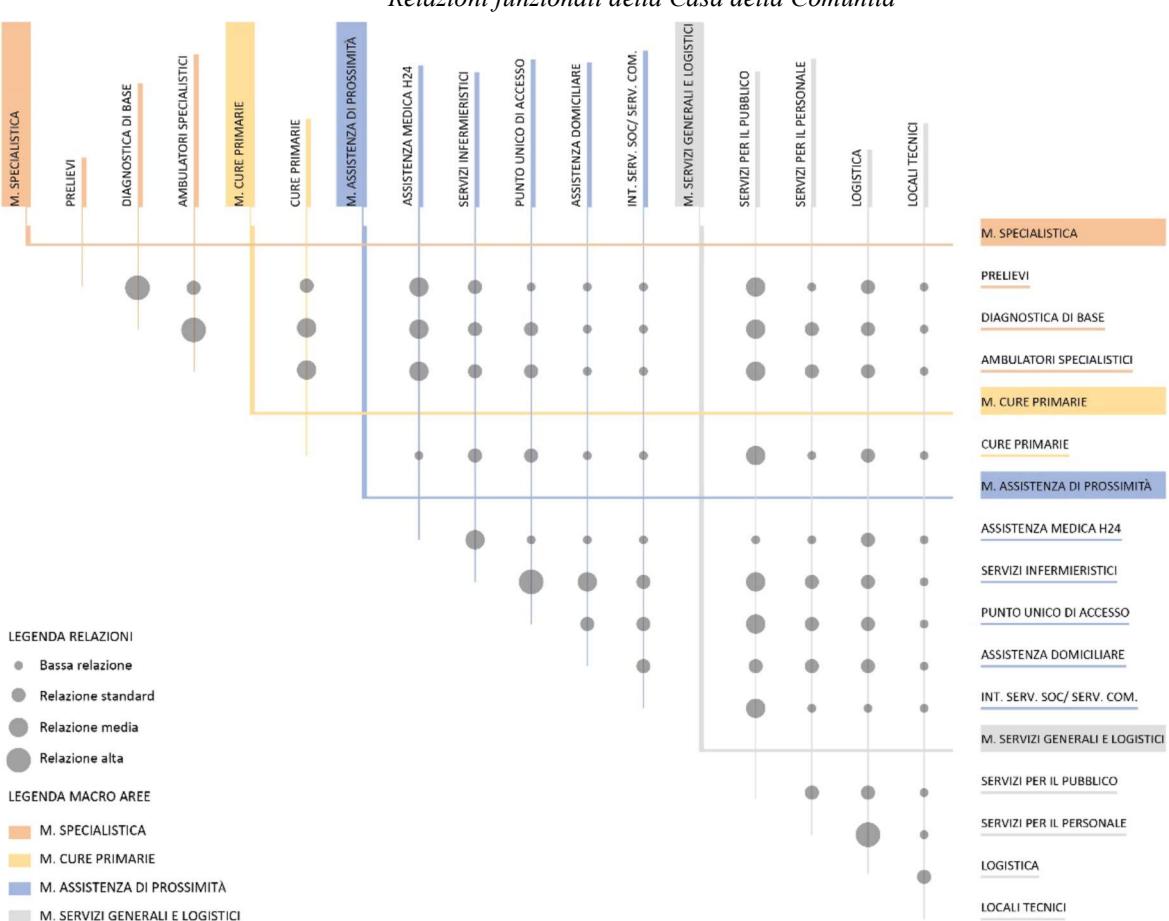
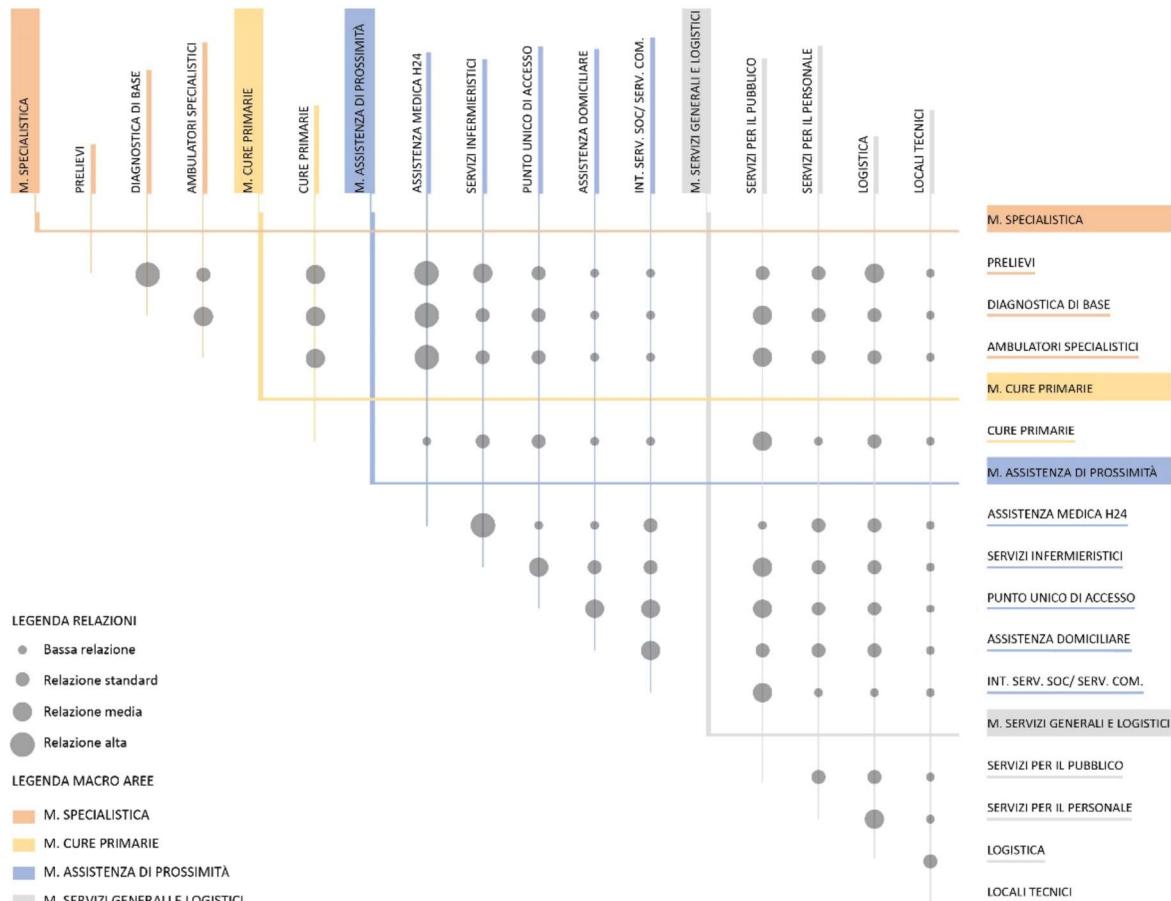
5.2.3 Relazioni funzionali e spaziali della Casa della Comunità

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. A tal fine la localizzazione delle macro-aree e delle aree funzionali all’interno della CdC gioca un ruolo strategico. La loro posizione infatti definisce non solo il sistema dei flussi e dei differenti percorsi (pazienti, personale sanitario, merci) ma contribuisce a conferire privacy, flessibilità, ed efficacia agli spazi.

Per la definizione del metaprogetto spaziale, solitamente in ambito ospedaliero vengono prima definite ed individuate le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse unità funzionali presenti nella struttura. Questo processo viene elaborato tramite due matrici che evidenziano rispettivamente:

- la **relazione funzionale**, ovvero il livello di relazione funzionale (alto, medio, standard, basso) tra due funzioni sanitarie o non sanitarie. Viene valutato il livello di collegamento che le due attività hanno in termini di servizio (ad esempio assistenza medica h24 con la diagnostica di base);
- la **relazione spaziale**, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro all’interno della struttura.

La matrice delle relazioni spaziali deriva dalla matrice delle relazioni funzionali ed è la base sulla quale viene articolato il diagramma spaziale della CdC.





Relazioni spaziali della Casa della Comunità

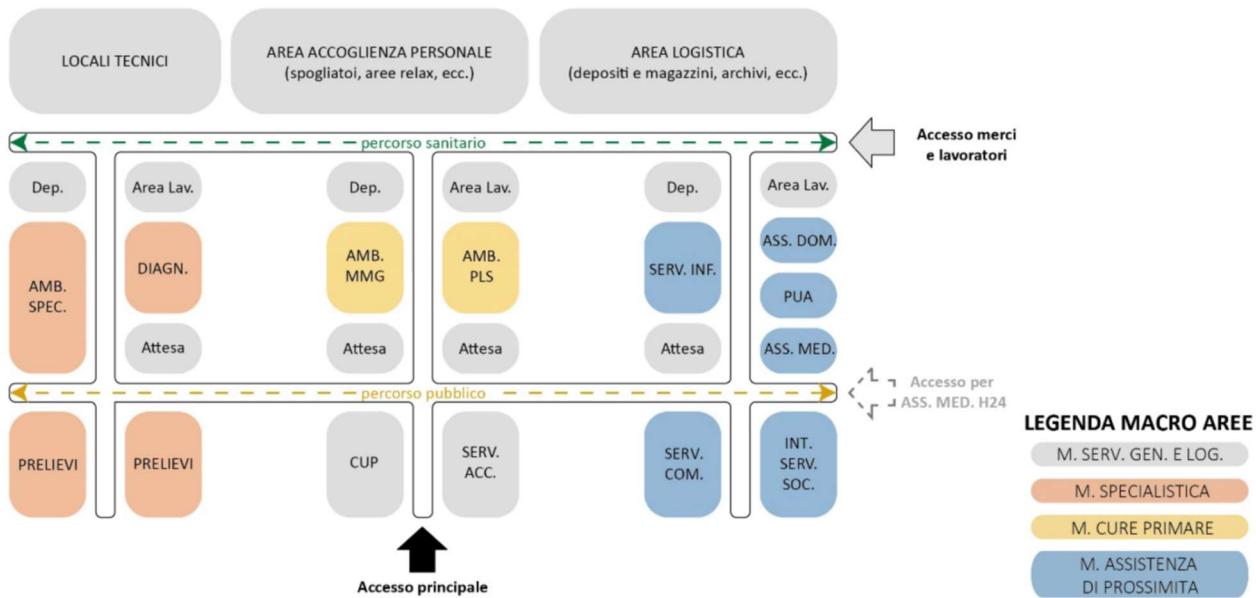
In relazione ai **flussi principali** si predilige la presenza di un **unico ingresso utenti centrale e riconoscibile** che possa indirizzare le persone verso l'accoglienza principale il sistema distributivo per le varie funzioni presenti nella struttura. A questo si dovrebbero affiancare, ove possibile, degli accessi differenziati per il personale sanitario (o per le merci) ed eventuali ulteriori accessi che possano – in caso di esigenza- supportare la gestione di flussi separati per categoria di utenti o di entrata e/o uscita (vedi esperienza Covid-19).

A livello distributivo, il **posizionamento dei percorsi orizzontali e/o orizzontali** gioca un ruolo strategico: infatti in relazione alla tipologia edilizia si possono originare diverse configurazioni con una serie di sale di attesa in prossimità delle macro-aree e per quanto riguarda i percorsi verticali, è preferibile una loro collocazione in punti strategici e facilmente individuabili dagli utenti. È preferibile, ove possibile, in relazione alla tipologia edilizia e distributiva, garantire i percorsi pubblici e sanitari differenziati (con relativi accessi separati).

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

Di seguito viene proposto il diagramma schematico funzionale per la CdC Hub

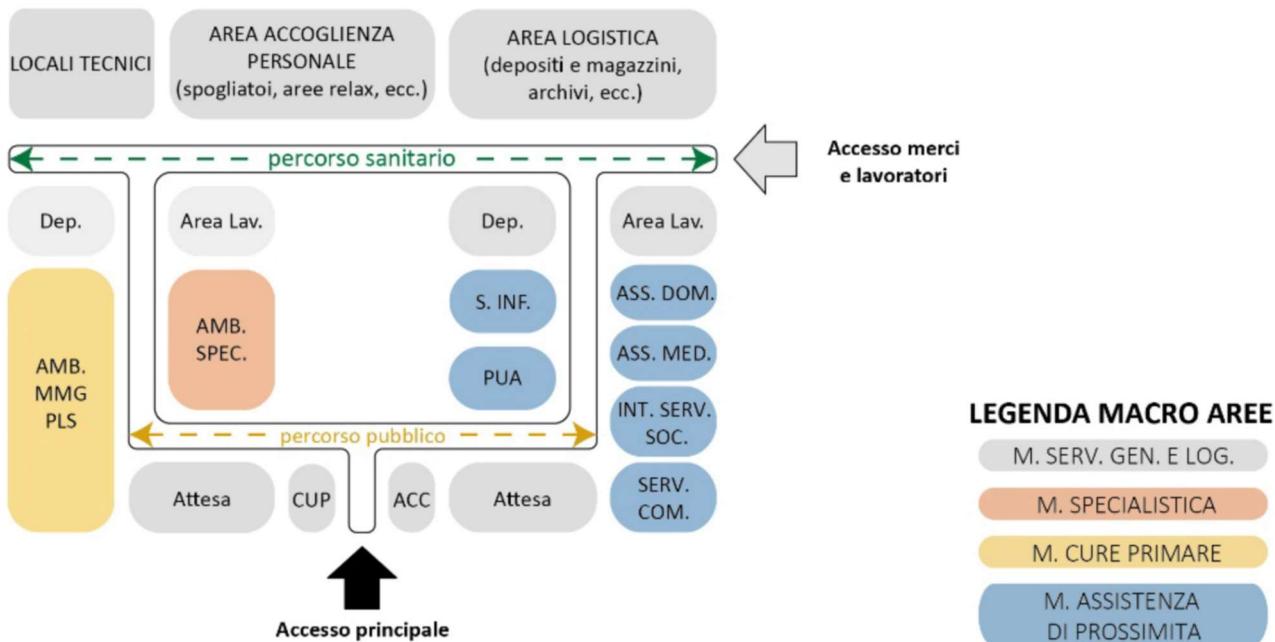


Impostazione generale della **CdC Hub** con le aree funzionali considerate obbligatorie

Si suggerisce – ove possibile - di garantire **due corridoi** per suddividere i flussi sanitari e quelli del pubblico, e in caso di strutture a sviluppo verticale, di garantire gli ascensori differenziati.

Inoltre a partire dalla recente pandemia da Covid-19 e dalla relativa necessità di poter differenziare i flussi degli utenti (Covid /non Covid), e per esigenze di sicurezza ed efficientamento (es: compartimentazione della struttura durante la notte e/o nei giorni festivi, ecc.), si suggerisce di garantire degli accessi secondari di servizio:

- per l'Assistenza medica H24 un accesso autonomo nelle strutture ove sono garantiti i servizi medici H24/7 (accesso notturno, con una sala di attesa);
- collegamenti con le aree esterne per garantire - in caso di emergenza – possibili collegamenti con strutture prefabbricate e/o tensostrutture, ecc



Impostazione generale della CdC Spoke con le aree funzionali considerate obbligatorie

Si suggerisce – ove possibile - di garantire **due corridoi** per suddividere i flussi sanitari e quelli del pubblico, e in caso di strutture a sviluppo verticale, di garantire gli ascensori differenziati.

5.2.5 Indicazioni e prescrizioni particolari

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

I lavori da eseguirsi si possono così riassumere:

Il progetto prevede:

- demolizioni di parti di murature interne e rifacimento di nuovi divisorii 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

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 vetrature 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, ove possibile, non potrà 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.

Inoltre, la progettazione dovrà prestare attenzione al fine di definire opere i cui interventi di manutenzione siano efficaci ed efficienti.

5.4 STRUTTURE

Il progetto riguarda opere di riqualificazione dell'immobile senza prevederne il miglioramento o l'adeguamento sismico dell'edificio. Eventuali opere di carattere strutturale saranno limitati 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, non si prevede l'obbligatorietà della presenza negli ambulatori di prese vuoto, ossigeno, aria medicale.

5.5.5 Allacci

Non si dovranno prevedere allacciamenti per quanto riguarda il gas metano, l'energia elettrica, l'acquedotto e la fognatura.

5.5.6 Criteri di progettazione antismismica

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, agli ascensori (ove presenti) ed ai servizi igienici.

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



5.8 BENI CULTURALI

La progettazione dovrà considerare ogni vincolo dei beni culturali applicabile all'edificio o all'area di intervento.

Il progettista dovrà determinare ogni eventuale necessità di effettuare verifiche preventive dell'interesse archeologico ovvero indagini archeologiche.

5.9 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.

5.10 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.

5.11 PROTEZIONE DALLE RADIAZIONI IONIZZANTI E NON IONIZZANTI

Il Progetto non prevede l'utilizzo di sistemi o farmaci che causano l'emissione di radiazioni ionizzanti,

5.12 CRITERI AMBIENTALI MINIMI

In generale, in materia ambientale dovranno essere rispettati i *"Criteri ambientali minimi per l'affidamento di servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici"* (CAM) ai sensi DM 24 dicembre 2015, così come aggiornato dal DM 11 gennaio 2017 e dal DM 11 ottobre 2017.

5.13 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 indicate 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:

<i>Misura / Investimento</i>	<i>Regime</i>	<i>Schede associate</i>
M6-C1 / Inv.1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona	Regime 1 – contributo sostanziale con specifico 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>
M6-C1 / Inv.1.2 – Casa come primo luogo di cura e telemedicina	Regime 2 – requisiti minimi per il rispetto della DNSH	Scheda 2 – Ristrutturazione edifici <i>Scheda 4 – Acquisto, leasing, e noleggio AEE Medicali</i> <i>Scheda 6 – Servizi informatici di hosting e cloud</i> <i>Scheda 9 – Acquisto di veicoli</i>
M6-C1 / Inv.1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Regime 1 – contributo sostanziale con specifico 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>
M6-C2 / Inv.1.1 – Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero [grandi apparecchiature]	Regime 2 – requisiti minimi per il rispetto della DNSH	<i>Scheda 3 – Acquisto, leasing noleggio di PC e AEE non Medicali</i> <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 n.3, n.4, n.6 e n.9 (riportate in corsivo) 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 oggetto della presente linea guida

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

1. 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.



2. 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

5.14 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.

5.15 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.

5.16 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.

E' richiesta la seguente dotazione di parcheggi .

5.17 BIM

Il progettista svilupperà il progetto non adottando la modellazione BIM,

5.18 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. QUADRO ECONOMICO E FINANZIARIO

6.1 STIMA LAVORI

Sulla base dello studio di fattibilità redatto dall'amministrazione, l'importo presunto stimato delle opere per la realizzazione della Casa della Comunità di Bagnoregio è il seguente :

<i>Opere</i>	<i>Categoria (DM 17.06.2016)</i>	<i>Importo</i>
Opere edili	E10	92.000,00
Opere strutturali		
Impianti idrici, sanitari, antincendio	IA02	92.000,00
Impianti meccanici		
Impianti elettrici e speciali	IA03/IA04	46.000,00
TOTALE lavori (escl. oneri sicurezza)		220.400,00
Opere per l'attuazione del Piano per la Sicurezza		9.600,00
TOTALE lavori (incl. oneri sicurezza)		230.000,00

In linea di massima al progettista è richiesto di sviluppare il progetto nel rispetto dei limiti qui sopra indicati. Tuttavia premesso che:

la stima è calcolata sulla base delle risorse economiche indicate nella richiamata ipotesi di riparto inviata dalla Regione Lazio, al netto delle somme a disposizione come riportate nel successivo QE;

lo studio di fattibilità è stato redatto nel febbraio del 2022;

i valori parametri di costo medio (€/m²) omnicomprensivi di spese tecniche, spese generali, IVA, ad esclusione di attrezzature ed arredi, sono stati ricavati dalla Deliberazione 9 marzo 2018, n. 4/2018/G della Corte dei Conti – Sezione Centrale di Controllo sulla Gestione delle Amministrazioni dello Stato su “L’attuazione del Programma Straordinario per la ristrutturazione edilizia e l’ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario”; Intesa 23 marzo 2005 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - Rep. Atti n. 2271,

il DL 17 maggio 2022, n. 50 (c.d. “Decreto aiuti”), convertito con modificazioni dalla L. 15 luglio 2022, successivo tutti gli atti di cui ai punti precedenti, prevede che i nuovi progetti debbano essere redatti tenendo conto dei nuovi prezzi regionali per opere pubbliche aggiornati a



seguito dello straordinario aumenti dei costi dei materiali da costruzione verificatosi nell'anno 2022;

con DGR n. 640 del 26/07/2022 la Regione Lazio deliberava l'atto di "Approvazione dell'aggiornamento e revisione della Tariffa dei prezzi, edizione Luglio 2022, per le opere pubbliche edili ed impiantistiche del Lazio";

con nota prot. ASL Viterbo n. 54958 del 19/07/2022 la Regione Lazio ha richiesto che il quadro economico di progetto rimanga invariato rispetto a quanto validato sul Portale PNRR di Agenas nel mese di febbraio;

al momento di redazione del presente DPP non è dato sapere se gli aumenti dei prezzi rimarranno sugli attuali livelli o se subiranno variazioni in aumento o in difetto.

al fine di raggiungere e rispettare gli obiettivi e i requisiti minimi necessari all'attivazione della COT come precedentemente riportati all'interno del presente documento, al Progettista verrà chiesto di elaborare il progetto in funzione del costo delle opere utilizzando il Prezzario della Regione Lazio di luglio 2022 (ovvero ulteriori nuovi prezzi che verranno approvati), rimandando le conseguenti determinazioni dovute ai probabili aumenti dell'importo per lavori a seguito della prima fase della progettazione, nelle more delle eventuali altre disposizioni già richieste alla Regione Lazio con la nota di trasmissione del presente DPP.

6.2 STIMA DELLE SPESE TECNICHE FUNZIONALI ALL'ATTUAZIONE DELL'INTERVENTO

Si riporta di seguito una prima stima degli importi degli affidamenti di servizi tecnici, anche ulteriori alla Progettazione, al fine di comporre le voci del Quadro Economico, determinando l'importo da porre a base di gara attraverso i parametri previsti dalle tabelle di cui al D.M. 17/06/2016:

<i>Voce</i>	<i>Importo</i>
Progettazione PFTE	
Progettazione definitiva/esecutiva	32.250,00
Verifica della progettazione ex art.26	9.120,00
Direzione Lavori e Coordinamento della Sicurezza in fase di Esecuzione	25.429,00
Collaudo tecnico-amministrativo; Collaudo Statico	
Totale spese tecniche (escluso oneri previdenziali e IVA)	66.799,00

6.3 QUADRO ECONOMICO

Di seguito si riporta il quadro economico elaborato a seguito dell'emissione dei richiamati atti di pianificazione e programmazione del PNRR nella Regione Lazio.



Come già rappresentato all'interno del presente DPP tale quadro economico dovrà essere necessariamente rimodulato in funzione dei provvedimenti già adottati per fronteggiare l'aumento degli extracosti dei materiali da costruzione, quali Decreto Aiuti e la conseguente Deliberazione della Giunta Regionale del 26 luglio 2022, n. 640 con cui è stato approvato l'"Aggiornamento e la revisione della Tariffa dei prezzi, per le opere pubbliche edili ed impiantistiche del Lazio".

<i>Voce</i>	<i>Importo</i>
A) LAVORI	
A1) Lavori, escl. oneri sicurezza	220.400,00
A2) Oneri per la sicurezza	9.600,00
Tot.A) TOTALE lavori (incl. oneri sicurezza)	230.000,00
B) SOMME IN AMMINISTRAZIONE	
B1) Imprevisti	11.500,00
B2) Spese tecniche	
Progettazione	35.250,00
Direzione lavori e CSE	25.429,00
Collaudo statico, e tecnico-amministrativo	
Certificazione energetica	
Pratiche accatastamento	
Verifica progetto ex.art.26	9.120,00
Oneri previdenziali su voci precedenti	2.975,00
B3) Attività RUP	
Incentivi funzioni tecniche RUP (Art.113, d.lgs. 50/2016)	5.735,00
Attività di supporto al RUP (attività supporto RUP DM 17.06.2016)	4.560,00
B4) Indagini, prove, bonifiche	2.035,00
Indagini (geologiche, archeologiche, caratterizzazione materiali,...)	
Prove sui materiali, di accertamento, di collaudo	
Spese per bonifiche (amianto, belliche, ecc.)	
B5) Acquisto aree	
B6) Oneri rilascio permessi	
Oneri per domande e rilascio permessi	
B7) Allacci	
B8) Arredi e attrezzature	128.457,00
Arredi	
Attrezzature	
Forniture	
Apparati attivi ICT	



B9) Altre spese	
Spese per pubblicità	225,00
Spese per predisposizione bando	
Spese per commissioni giudicatrici	1.400,00
Spese legali	
Polizze rischi professionali personale interno per progettazione (art. 24, c. 4, d.lgs. 50/2016)	
B10) IVA	
IVA 10% su lavori (A e B1)	53.130,00
IVA su spese tecniche (B2)	17.013,00
IVA su attività di supporto al RUP	
IVA su indagini	447,00
IVA su arredi e attrezzature	28.260,00
TOTALE B) SOMME IN AMMINISTRAZIONE	325.536,00
TOTALE QUADRO ECONOMICO (A+B)	555.536,00

6.4 FONTE DI FINANZIAMENTO

La realizzazione delle opere previste è finanziata come specificato di seguito:

<i>Fonte finanziamento</i>	<i>Importo</i>
Finanziamento PNRR	555.536,00
Altro	
Totale finanziato	555.536 ,00

7. PROCEDURA DI AFFIDAMENTO

L'affidamento dell'esecuzione delle opere avverrà secondo una delle seguenti opzioni:

- una **gara a procedura aperta** di **lavori** per la realizzazione dell'opera sulla base del Progetto Esecutivo.

8. LIVELLI DELLA PROGETTAZIONE

8.3 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. ed ii..



8.5 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. ed ii.
Restano esclusi soltanto i piani operativi di cantiere, i piani di approvvigionamenti, nonché i calcoli e i grafici relativi alle opere provvisionali. 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

8.6 OMISSIONE DI UNO O PIU' 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.

9. CRONOPROGRAMMA

9.1 CRONOPROGRAMMA REALIZZATIVO DELL'INTERVENTO



9.2 TEMPI DI ESECUZIONE DELLA PROGETTAZIONE

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

<i>Fase progettuale</i>	<i>Sottofase</i>	<i>Tempi di esecuzione</i>
Progetto Definitivo	Redazione progetto	60 giorni n.c.



	Revisione del progetto a seguito di prescrizioni dalla Conferenza dei Servizi e/o della verifica progetto ex art.26	15 giorni n.c.
Progetto Esecutivo	Redazione progetto	60 giorni n.c.
	Revisione del progetto a seguito della verifica progetto ex art.26	15 giorni n.c.

10. DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

L'amministrazione rende disponibili i seguenti documenti:

- Planimetria dell'area allo stato di fatto;
- Piante del fabbricato esistente allo stato di fatto;
- Mappe catastali e visura aggiornata;
- Planimetria di massima dei sottoservizi presenti;
- Planimetria del rilievo topografico;