



REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
ENNA

DELIBERA N. 1666

DEL 17 NOV 2022

OGGETTO: PNRR – Linea M6 C1 1.1 – Case della comunità e presa in carico della persona” -  
Realizzazione di una Casa della Comunità nel Comune di Leonforte;  
CUP: G97H21035060006  
- Approvazione Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP);

U.O. PROPONENTE : U.O.C. SERVIZIO TECNICO

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE N. 490868

DEL 17.11.2022

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO  
RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
Dr. Paolo Cannarozzo

IL DIRETTORE F.F.  
DELL'U.O. PROPONENTE  
Dr. Ciro Viscuso

S.E.F.P.

Si attesta la copertura finanziaria e la compatibilità con il bilancio di previsione vigente.

come da prospetto allegato (ALL. N. \_\_\_\_\_) che è parte integrante della presente delibera.

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ C.E. / C.P. \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE DEL S.E.F.P.

DATA RICEZIONE DELLA PROPOSTA PRESSO U.O.C. STAFF 17/11/2022

## PREMESSO

- che con il Regolamento (UE) 2021/241 il Parlamento Europeo, come risposta alla crisi pandemica da Covid-19, ha istituito il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza che ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026, di cui l'Italia è beneficiaria, con cui sono stati avviati programmi di rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio;
- che nell'ambito di tali obiettivi programmatici è stato richiesto agli Stati membri dell'U.E. di presentare un pacchetto di investimenti e riforme rappresentato dal "*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*" (PNRR) che si articola in sei Missioni e sedici Componenti
- che detto Piano alla "*Missione 6 - Salute*" definisce due obiettivi: il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio con l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali, e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche;
- che il Governo nazionale con il D.L. n. 59 del 6 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla L. 1 luglio 2021, n. 101, ha inteso integrare e potenziare i contenuti del PNRR attraverso il (PNC) "*Piano Nazionale per gli investimenti Complementari*" al PNRR, stanziando ulteriori risorse nazionali, disponibili in aggiunta alle sovvenzioni e ai fondi previsti in sede comunitaria;

**DATO ATTO** che nell'ambito degli investimenti e riforme di cui sopra, finalizzati al rafforzamento dell'assistenza nel territorio sono previsti, tra l'altro:

- la creazione di strutture denominate "*Case della Comunità (CdC)*", intese come strutture in cui insistono tutti i servizi territoriali, coordinati tra loro;
- il potenziamento dei servizi domiciliari, la realizzazione di un sistema informativo aziendale, lo sviluppo della telemedicina e la realizzazione di "*Centrali Operative Territoriali (COT)*", con la funzione di coordinare i servizi sanitario territoriali e assicurare l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza - urgenza;
- il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia, attraverso l'attivazione degli "*Ospedali di Comunità (OdC)*", strutture sanitarie della rete territoriale destinate a ricoveri di breve durata di pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica;
- la messa in sicurezza dei Presidi Ospedalieri attraverso l'*adeguamento strutturale dal punto di vista sismico*;
- la realizzazione di infrastrutture per l'*interconnessione* a livello regionale delle "Centrali Operative Territoriali" (COT);
- l'acquisizione centralizzata a livello regionale di *device* da destinare ad operatori e pazienti per l'allestimento delle "Centrali Operative Territoriali" (COT);

**ATTESO** che con D. A. n. 667 del 29.07.2022, notificato con nota n. 37356 del 03.08.2022, dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, l'ASP di Enna è stata delegata, in qualità di "*Soggetto attuatore esterno*", a realizzare n. 42 interventi di propria competenza territoriale finanziati nell'ambito del PNRR – Missione 6 – Componenti 1 e 2 e del PNC;

**DATO ATTO** che con atto deliberativo n. 1187 del' 11.08.2022, al fine di avviare le attività volte al perseguimento degli obiettivi del PNRR, Missione 6 – Componente 1 e 2 e del PNC, è stato individuato il “*Referente Unico Aziendale*” al quale è affidato il compito di vigilare sull'esecuzione degli impegni che discenderanno dallo svolgimento delle attività concernenti la realizzazione dei relativi interventi e sono stati nominati, per ogni singolo intervento di ogni linea di investimento, i Responsabili Unici del Procedimento (RUP) che manterranno l'incarico fino alla rendicontazione finale del finanziamento;

#### **ACCERTATO**

- che il sopradetto D.A., nell'ambito della “*Linea C1 – 1.1 – Case della comunità e presa in carico della persona*”, comprende la realizzazione della “*Casa della comunità di Leonforte*”;
- che al progetto è stato assegnato il Codice Unico di Progetto - CUP: G97H21035060006, ai sensi della Legge 144/99 e successive deliberazioni CIPE;

**RICHIAMATO** nello specifico l'articolo 48 commi 1 e 5 del D.L. 31-5-2021 n.77 “*Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure*” convertito in Legge 29 luglio 2021 n. 108 il quale stabilisce la facoltà per le Stazioni appaltanti di affidare congiuntamente la progettazione ed esecuzione dei lavori anche sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica (PFTE) riguardo alle procedure di affidamento a valere sulle risorse del PNRR e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC);

**RILEVATO** quindi che prima dell'affidamento della redazione del progetto PFTE, sia che si esegua la progettazione internamente sia che si affidi esternamente a soggetti qualificati ai sensi dell'articolo 24 del D. Lgs. 50/2016 s.m.i, occorre che il RUP (Responsabile Unico del Procedimento) predisponga il *Documento di Indirizzo alla Progettazione* (DIP) che deve indicare per l'intervento da realizzare, ai sensi dell'articolo 23 comma 4 del predetto Decreto, gli obiettivi, i requisiti tecnici prescrittivi e prestazionali e l'elenco degli elaborati progettuali occorrenti per la definizione dei successivi livelli progettuali;

**RICHIAMATE** sul punto, in particolare il capitolo 2, le Linee guida del Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili (Mims) e del Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici, 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;

**VISTO** l'allegato DIP per l'intervento in oggetto, la relativa determinazione dei corrispettivi a base d'asta, gli elaborati tecnici e la Relazione tecnica;

**ATTESO** l'obbligo di assicurare il conseguimento di *target e milestone* e degli obiettivi finanziari stabiliti nel PNRR;

1 / NOV 2022

L'anno duemilaventidue il giorno ..... del mese di ..... nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna;

#### **IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Francesco Iudica nominato con Decreto Presidenziale n. 189/serv.1/S.G. del 04/04/2019, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Dr.ssa Sabrina Cillia e dal Direttore Sanitario, Dott. Emanuele Cassarà e con l'assistenza del Segretario Verbalizzante



## VISTI

- La Legge Regionale 5 /2009 e s.m.i. ;
- L'Atto Aziendale adottato con delibera n. 857 del 12.06.2020;
- Il D. Lgs. n. 50 del 18.04.2016 e ss.mm.ii.;

VISTI i seguenti allegati alla presente delibera:

A) Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP)

**DATO ATTO** che la Direzione della U.O.C. che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L. 20 dicembre 1996 n. 639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano aziendale della prevenzione della corruzione 2019/2021;

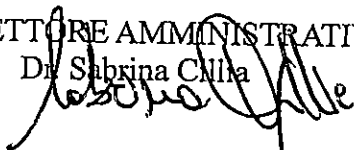
**ACQUISITO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

## DELIBERA

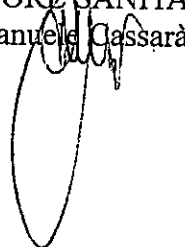
Per le motivazioni espresse in narrativa che si intendono integralmente riportate:

- 1) **DI APPROVARE** il Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP), relativo alla realizzazione della "Casa della Comunità di Leonforte", nell'ambito della "Linea C1 – 1.1 – Case della comunità e presa in carico della persona".
- 2) **DI RENDERE** il presente provvedimento immediatamente esecutivo stante la necessità di conseguire entro i termini prefissati gli obiettivi finanziari stabiliti nel PNRR.

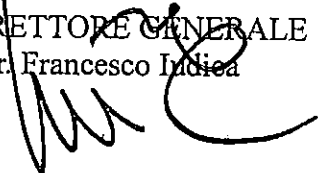
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dr. Sabrina Cilia



IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Emanuele Cassarà

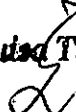


IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Francesco Indica



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Luisa Tranchida



### PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n° 30/93 s.m.i., e dell'art. 32 della L. n. 69 del 18/06/2009, dal 20 NOV 2022 al 04 DIC 2022

L'incaricato \_\_\_\_\_

PER DELEGA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
IL Dirigente U.O.C. COORD. STAFF

Notificata al Collegio Sindacale il ..... con nota prot. n° .....

### DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

dell'Assessorato Regionale Sanità ex L.R. n° 5/09, trasmessa in data \_\_\_\_\_ prot. n° \_\_\_\_\_

SI ATTESTA

che l'Assessorato Regionale Sanità:

- ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n° 5/09 dal \_\_\_\_\_

### DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L.R. n° 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n° 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal \_\_\_\_\_
- immediatamente esecutiva dal 17 NOV 2022 ;

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO  
\_\_\_\_\_

### REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Enna li,

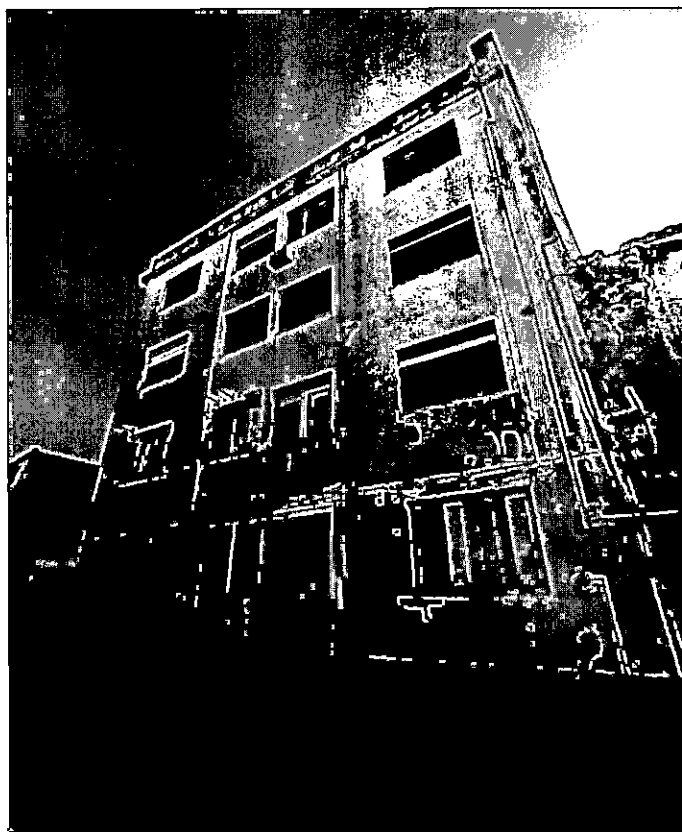
IL FUNZIONARIO INCARICATO  
\_\_\_\_\_

**PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA  
E PIANO COMPLEMENTARE**

**MISSIONE 6 - SALUTE**

**DOCUMENTO PRELIMINARE ALL'AVVIO DELLA PROGETTAZIONE**

**PER LA CASA DELLA COMUNITA' DI LEONFORTE**



## Sommario

<b>1. INTRODUZIONE</b>	4
1.1 INQUADRAMENTO NORMATIVO	4
1.2 IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	4
1.3 IL CONTRATTO ISTITUZIONALE DI SVILUPPO (CIS)	5
1.4 OGGETTO	6
<b>2. RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	7
2.1 RIFERIMENTI NORMATIVI ESSENZIALI	7
2.2 STANDARD E REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	9
2.3 CIRCOLARI, ISTRUZIONI TECNICHE E GUIDE OPERATIVE UTILI	10
<b>3. CONTESTO</b>	11
3.1 INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELL'INTERVENTO	11
3.2 LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO	11
3.3 STATO DI FATTO	13
3.4 INQUADRAMENTO URBANISTICO	17
3.5 VINCOLI	17
<b>4. OBIETTIVI DI PROGETTO</b>	19
4.1 OBIETTIVI GENERALI DEI PROGETTI DELLA MISSIONE 6 - SALUTE	19
4.2 OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	21
<b>5. REQUISITI DI PROGETTO</b>	22
5.1 INTRODUZIONE	22
5.1.1 Descrizione dell'intervento	22
5.1.2 Rilievi e indagini	22
5.1.3 Limiti dell'intervento	23
5.2 AREE FUNZIONALI E LAYOUT DISTRIBUTIVO-FUNZIONALE	23
5.2.1 Il modello organizzativo	23
5.2.2 Programma funzionale	25
5.2.3 Relazioni funzionali e spaziali della Casa della Comunità	30
5.2.4 Indicazioni generali sul layout distributivo – funzionale	31
5.2.5 Indicazioni e prescrizioni particolari	33
5.3 OPERE EDILI	33

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.....	36
5.5.6	Criteri di progettazione antisismica.....	36
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 .....	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
<b>6.</b>	<b>QUADRO ECONOMICO E FINANZIARIO .....</b>	<b>40</b>
6.1	STIMA LAVORI.....	40
6.2	STIMA DELLE SPESE TECNICHE FUNZIONALI ALL'ATTUAZIONE DELL'INTERVENTO ...	40
6.3	QUADRO ECONOMICO .....	41
6.4	FONTE DI FINANZIAMENTO.....	42
<b>7.</b>	<b>PROCEDURA DI AFFIDAMENTO .....</b>	<b>43</b>
<b>8.</b>	<b>LIVELLI DELLA PROGETTAZIONE .....</b>	<b>44</b>
8.1	PROGETTO DI FATTIBILITA' TECNICO ED ECONOMICA.....	44
8.2	PROGETTO DI FATTIBILITA' TECNICO ED ECONOMICA “AVANZATO” .....	44
8.3	PROGETTO DEFINITIVO .....	45
8.4	PROGETTO DEFINITIVO AVANZATO .....	45
8.5	PROGETTO ESECUTIVO.....	45
8.6	OMISSIONE DI UNO O PIU' LIVELLI DI PROGETTAZIONE.....	45
<b>9.</b>	<b>CRONOPROGRAMMA .....</b>	<b>46</b>
9.1	CRONOPROGRAMMA REALIZZATIVO DELL'INTERVENTO .....	46
9.2	TEMPI DI ESECUZIONE DELLA PROGETTAZIONE .....	47
<b>10.</b>	<b>DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE.....</b>	<b>48</b>





## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO NORMATIVO

Il presente Documento Preliminare all'avvio della Progettazione (DPP) viene redatto 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 formino un pacchetto coerente di misure complementari. Le componenti hanno un grado di dettaglio sufficiente ad evidenziare le interconnessioni tra le diverse misure in esse proposte.

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

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

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

La Missione 6 si 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 30/05/2022 è stato sottoscritto il CIS tra la Regione Sicilia e 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 di una **Casa della Comunità "Spoke"** sita nel Comune di **Leonforte (EN)**, 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 nullamosta 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:

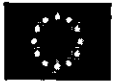
- Decreto Legislativo 18 aprile 2016 n. 50 e ss.mm.ii., compresa la Legge 120/2020 (Legge semplificazioni) e la Legge 108/2021;
- Decreti attuativi del Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti progressivamente emanati a seguito del D.lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii., per quanto applicabili;
- Decreto 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. 50<sup>1</sup> (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;

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





- 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:
  - DM 11 ottobre 2017: Affidamento di servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici;
  - 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;
  - DM 7 marzo 2012: Affidamento servizi energetici per gli edifici, servizio di illuminazione e forza motrice, servizio di riscaldamento/raffrescamento;
  - DM 11 gennaio 2017: Fornitura e servizio di noleggio di arredi per interni;
  - DM 5 febbraio 2015: Acquisto di articoli per l’arredo urbano;
  - 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 funzionali 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:

- DECRETO 17 giugno 2002 (Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione Sicilia);
- il D.A. n. 1468 del 27 agosto 2015 "Modalità di verifica del mantenimento dei requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate della Regione siciliana ai sensi dell'art. 4 del D.A. n. 463/03 di integrazione e modifica del D.A. n. 890/2002".

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 DPP.

### 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”*;
- Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (DNSH Do no significant harm), adottata con la circolare n. 32 del 30 dicembre 2021 del Ragioniere Generale dello Stato come previsto dall'articolo 17 del Regolamento (UE) 2020/852 che definisce gli obiettivi ambientali e la Comunicazione della Commissione UE 2021/C 58/01 recante *“Orientamenti tecnici sull'applicazione del principio «non arrecare un danno significativo» a norma del regolamento sul dispositivo per la ripresa e la resilienza”*.

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 Salute;**
- Soggetto Attuatore: **Regione Siciliana;**
- Soggetto Attuatore Esterno: **ASP Enna;**
- Stazione Appaltante: **ASP Enna;**
- RUP: **Ing. Maria Rindone;**
- CUP: **G97H21035060006.**

#### 3.2 LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

L'immobile relazionato è sito a Leonforte in Via Passarello n° 6 (figure 1 e 2).

L'immobile fa parte del Distretto Sanitario di Agira ed è totalmente di proprietà dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna.

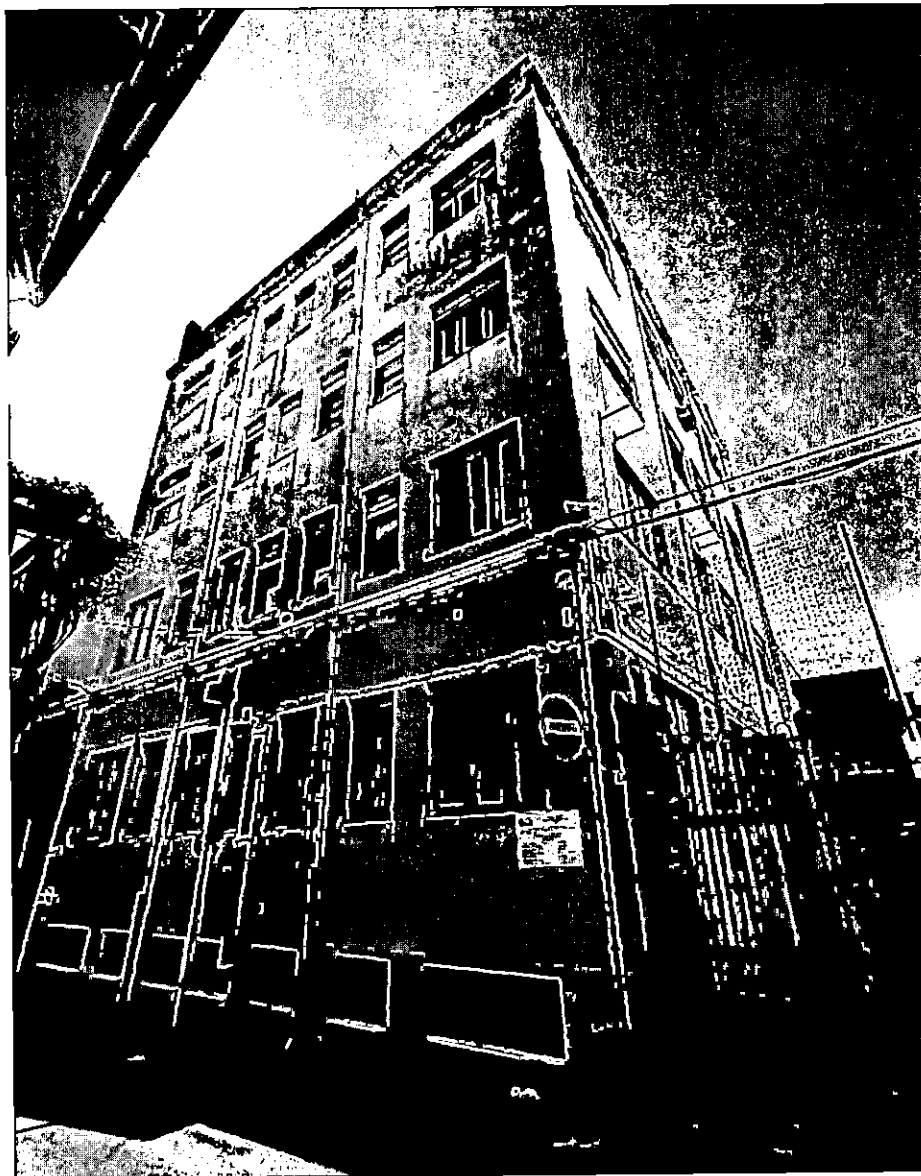


Figura 1: Immobile visto da Via Passarello



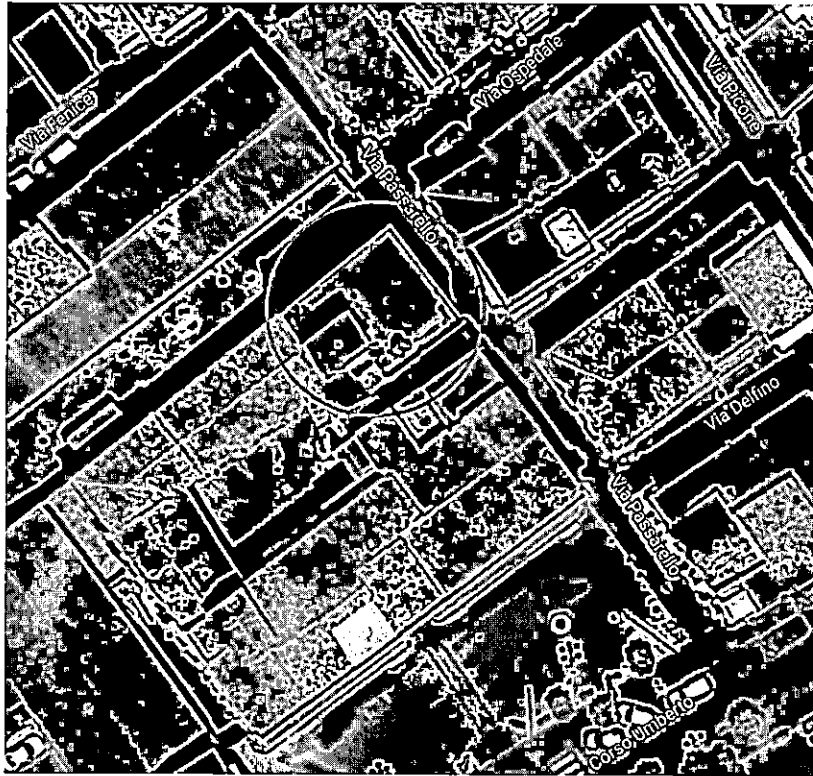


Figura 2: Ortofoto area d'intervento

Il fabbricato è individuato all'interno della Carta Tecnica Regionale al foglio 623130 (figura 3).

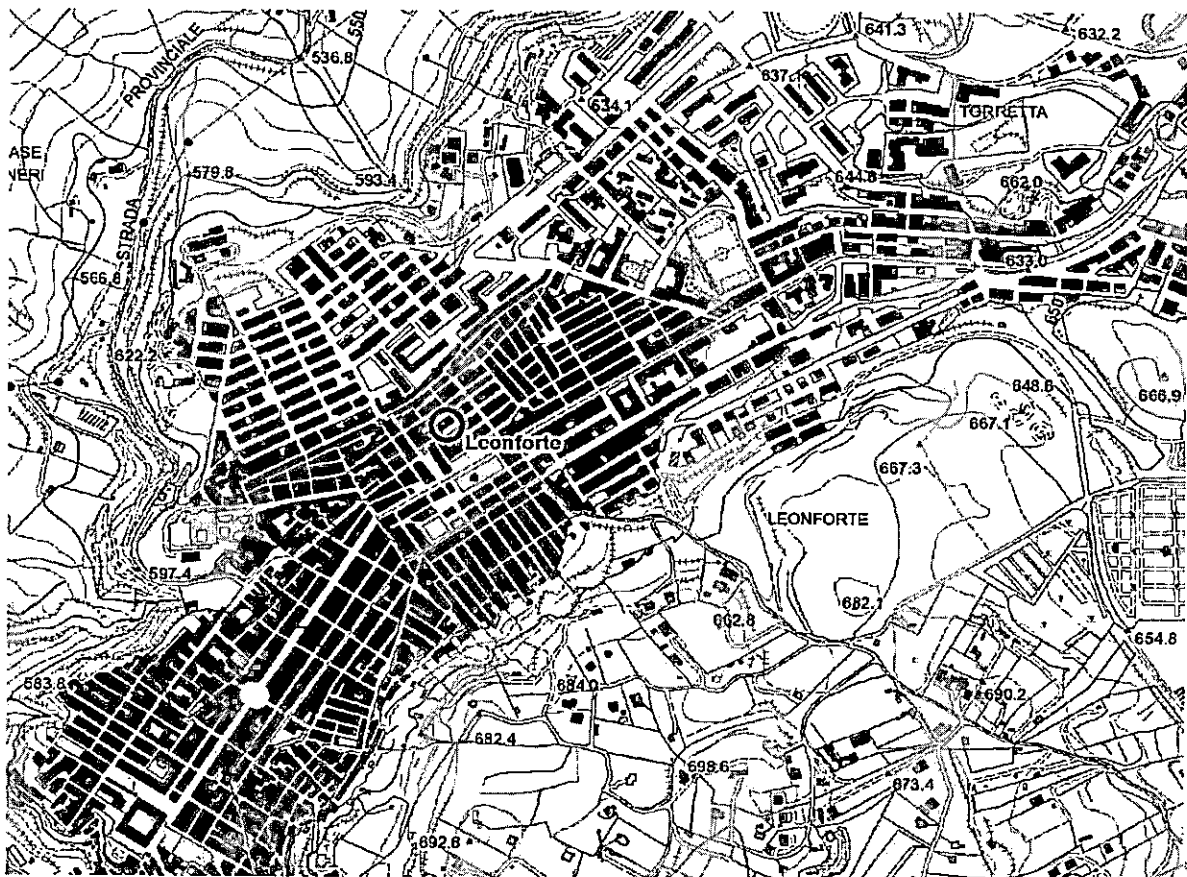


Figura 3: Stralcio CTR Foglio 623130



L'edificio è indicato al catasto al Foglio 44, particella 5284 (figura 4).

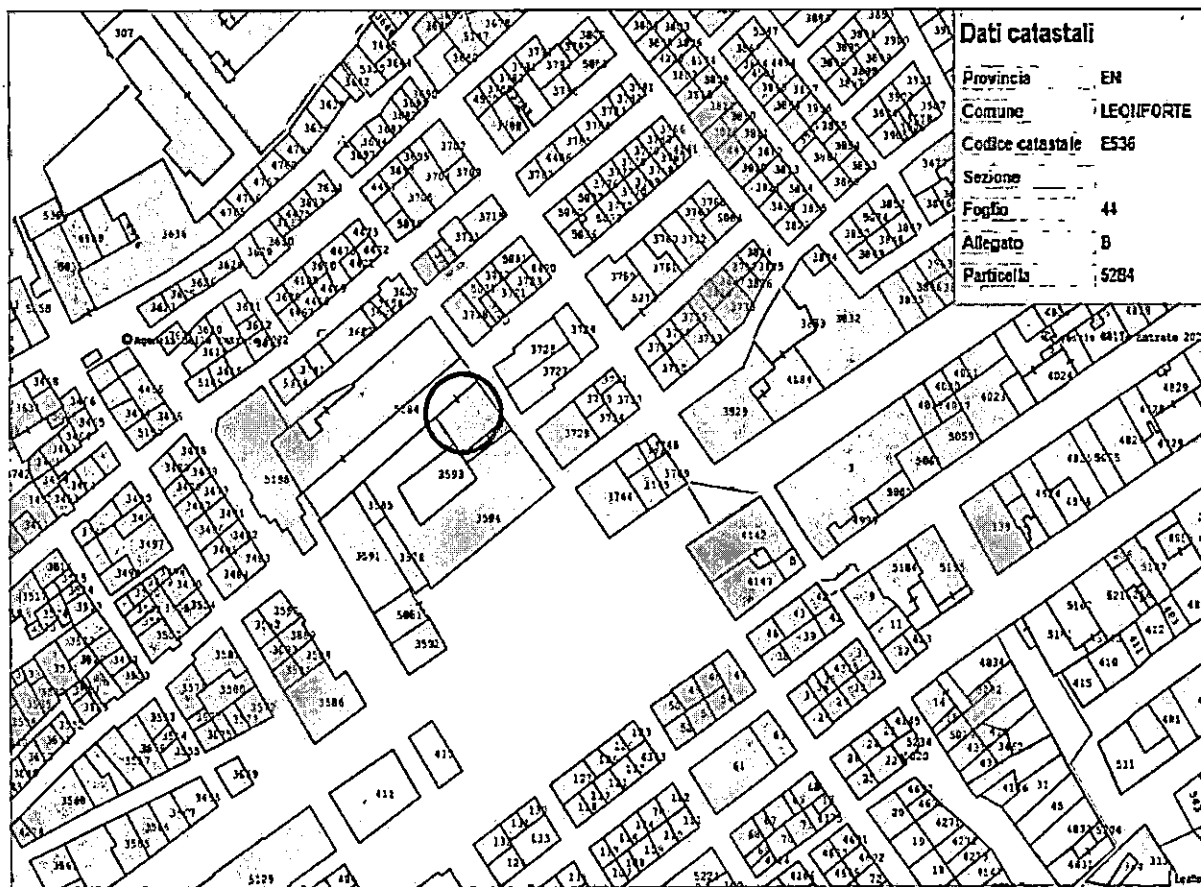


Figura 4: Stralcio Catastale Foglio 44 Particella 5284

### 3.3 STATO DI FATTO

L'intervento di realizzazione della Casa di Comunità avverrà all'interno dell'edificio, attualmente totalmente dismesso, che prima ospitava i reparti di Ostetricia e Ginecologia dell'ex P.O. di Leonforte.

La struttura portante, realizzata negli anni Settanta, è in conglomerato cementizio armato, la tramezzatura interna è in laterizio, gli infissi sono in legno, la copertura è piana e calpestabile.

L'immobile non è stato oggetto di interventi di adeguamento strutturale sin dalla sua costruzione.

L'immobile si sviluppa su un piano seminterrato e su 4 elevazioni fuori terra.

La superficie interna lorda totale dell'edificio è di circa 805 mq:

- Piano Seminterrato - 161 mq;
- Piano Terra rialzato - 161 mq;
- Piano Primo - 161 mq;
- Piano Secondo - 161 mq;
- Piano Terzo - 161 mq.

L'intervento interesserà **tutti i piani dell'unità strutturale ad eccezione del Piano Terzo** (figure 5, 6, 7, 8, 9 e 10), per una superficie complessiva lorda pari a **644 m<sup>2</sup>**.



PIANO SEMINTERRATO

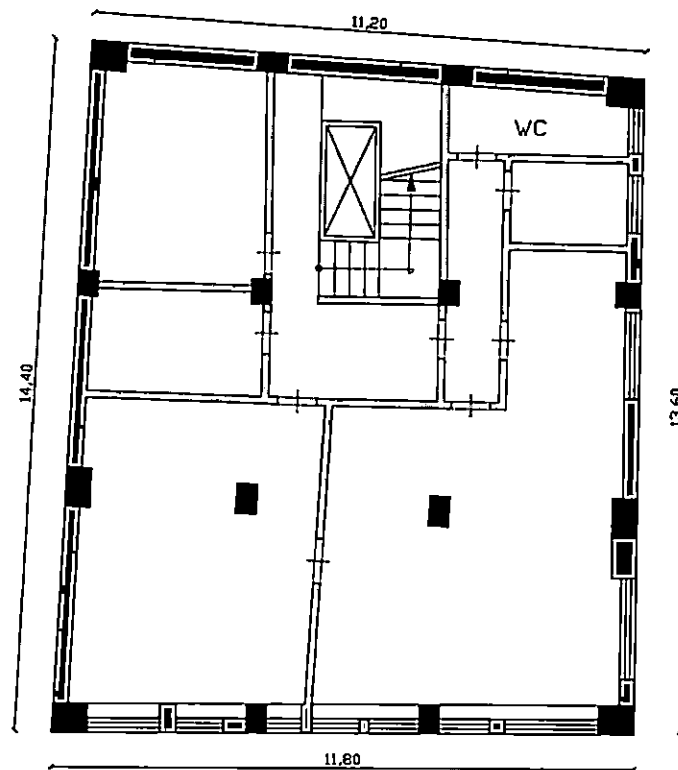


Figura 5: Planimetria Piano Seminterrato

PIANO TERRA

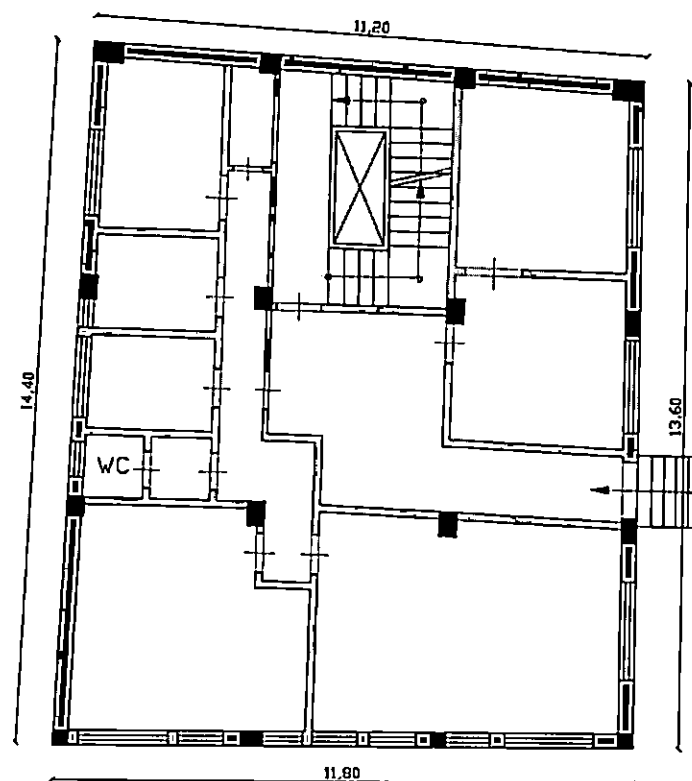


Figura 6: Planimetria Piano Terra





Finanziato  
dall'Unione europea.  
NextGenerationEU



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE  
DI RIPRESA E RESILIENZA

PROSSIMITÀ  
INNOVAZIONE  
UGUAGLIANZA  
**PIÙ  
Salute**



PNRR  
MISSIONE - SALUTE

PIANO PRIMO

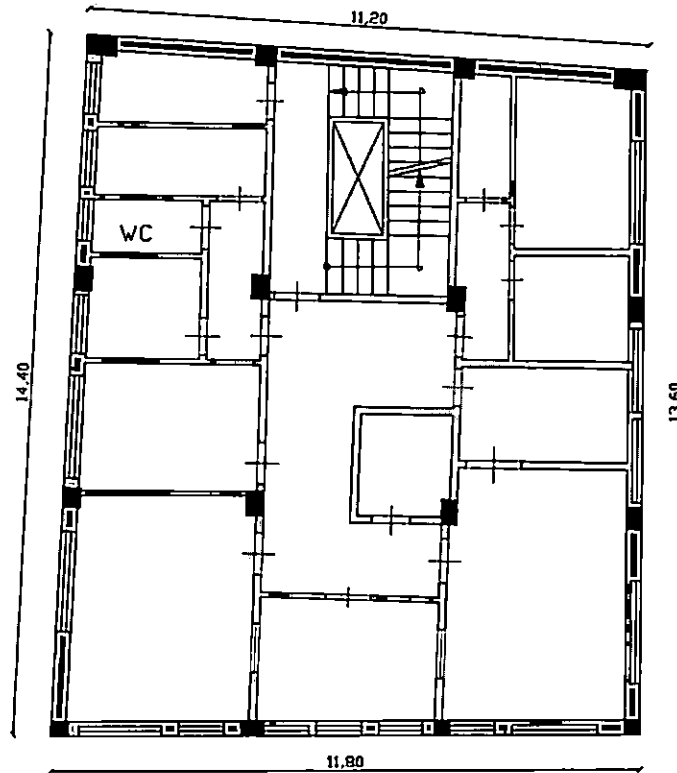


Figura 7: Planimetria Piano Primo

PIANO SECONDO

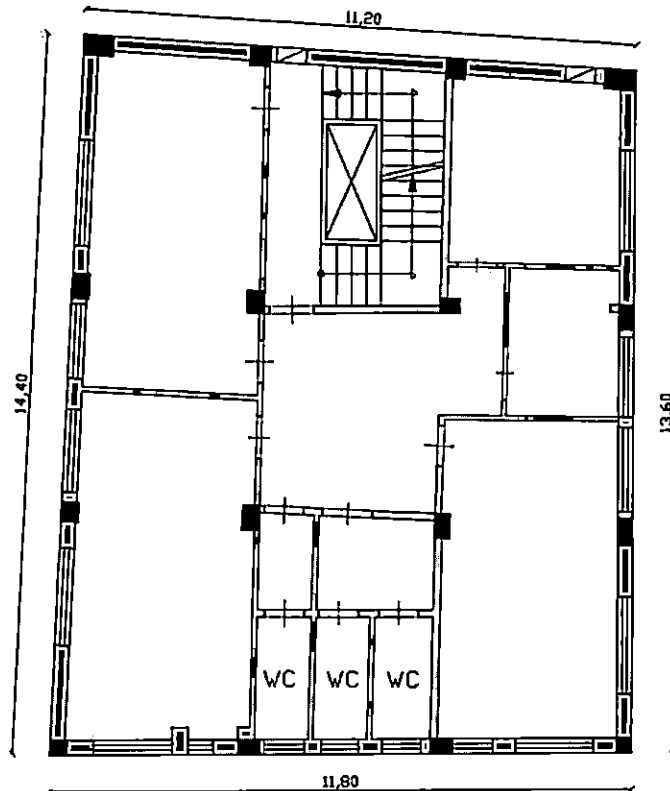


Figura 8: Planimetria Piano Secondo





PIANO TERZO

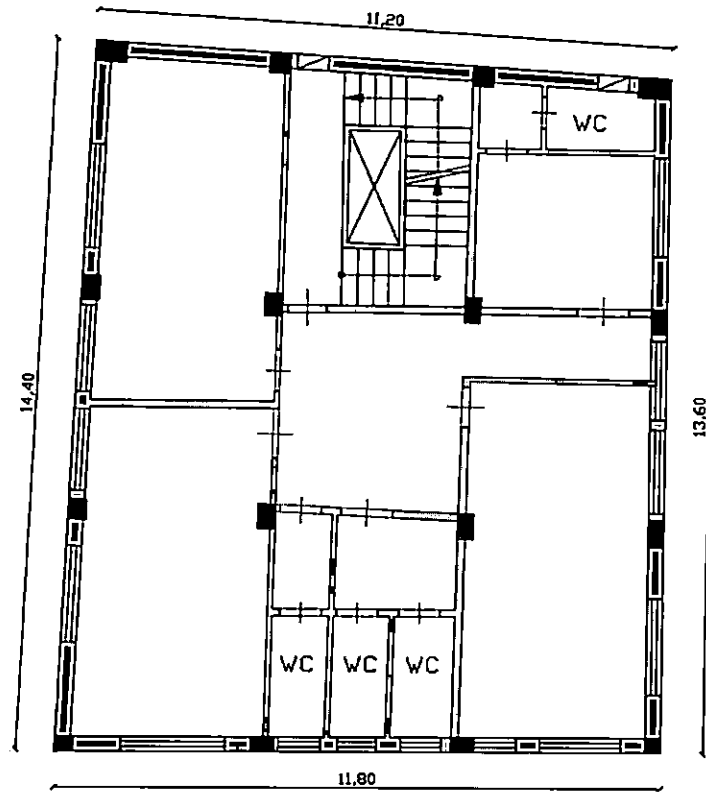


Figura 9: Planimetria Piano Terzo

PIANO COPERTURA

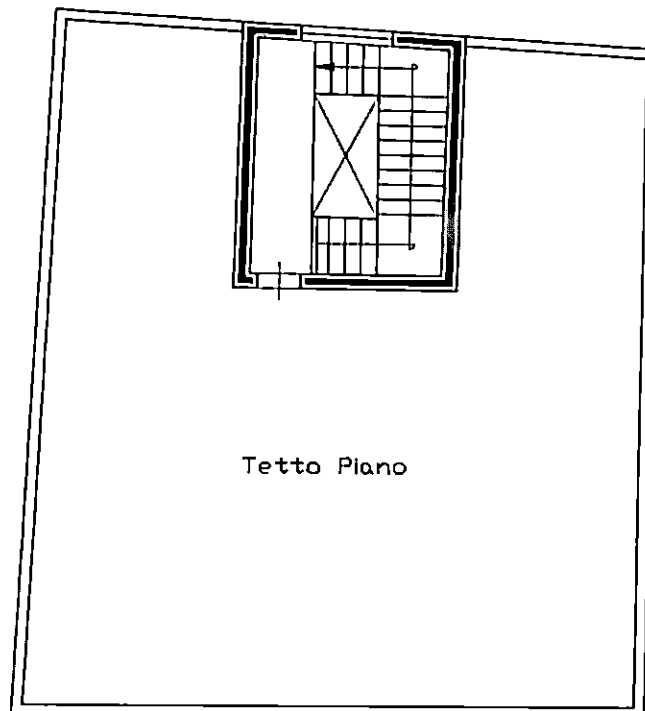


Figura 10: Planimetria Piano Copertura



### 3.4 INQUADRAMENTO URBANISTICO

L'intervento è coerente con i Documenti di Programmazione e/o gli strumenti di pianificazione territoriale e settoriale.

All'atto di redazione del presente documento, con riferimento al Piano Regolatore Generale (figura 11) del Comune di Leonforte e delle norme tecniche di attuazione ad esso annesse, del regolamento edilizio comunale, l'area di intervento risulta così classificata:

- con riferimento al vigente P.R.G., approvato con delibera di C.C. n° 39/2008 con modifiche e prescrizioni di cui al D.A. N° 494/DRU del 06.12.1999 e al voto C.R.U. N° 700 del 05.09.2002: nella Tavola 7/a – Disciplina dei suoli e degli edifici, in Territorio urbanizzato, come “Zona A - Centro storico”.

Per gli interventi previsti nei prospetti dell'edificio sarà necessario attenersi agli adempimenti specifici iscritti nei vigenti strumenti di pianificazione.

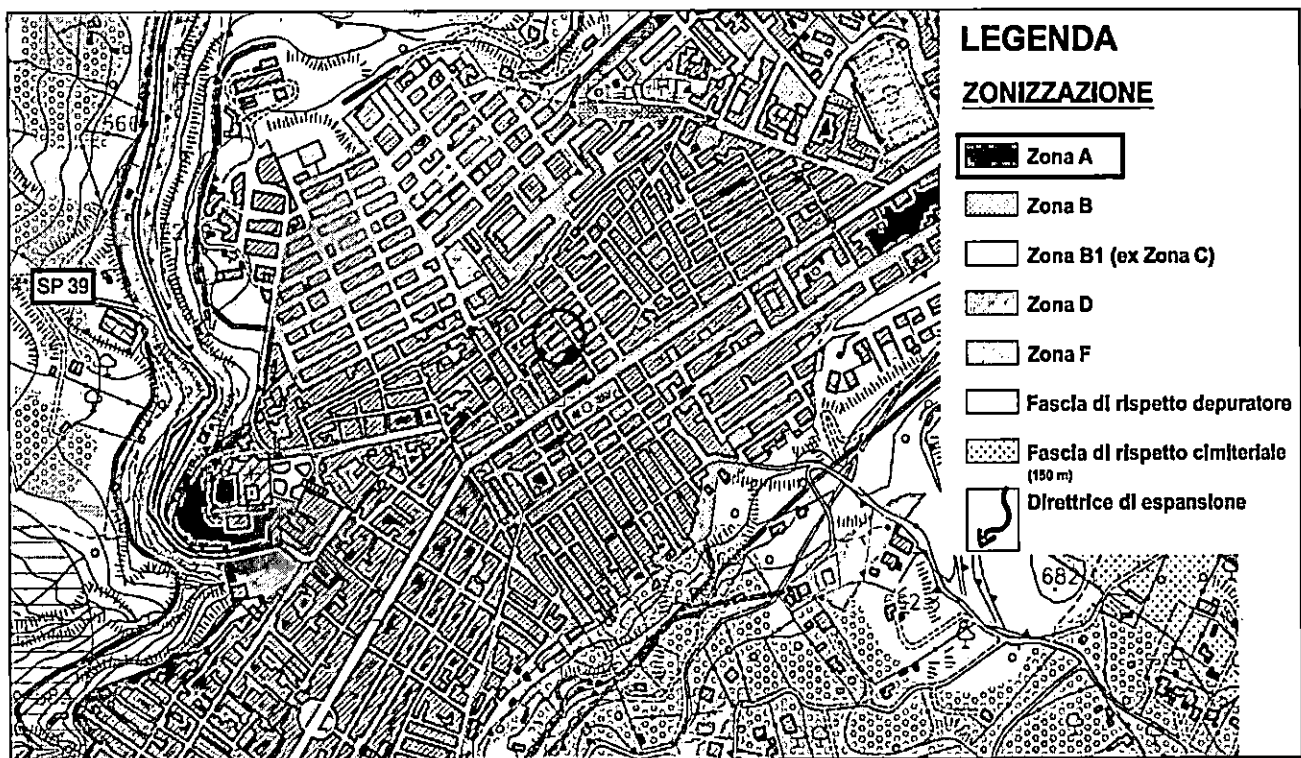


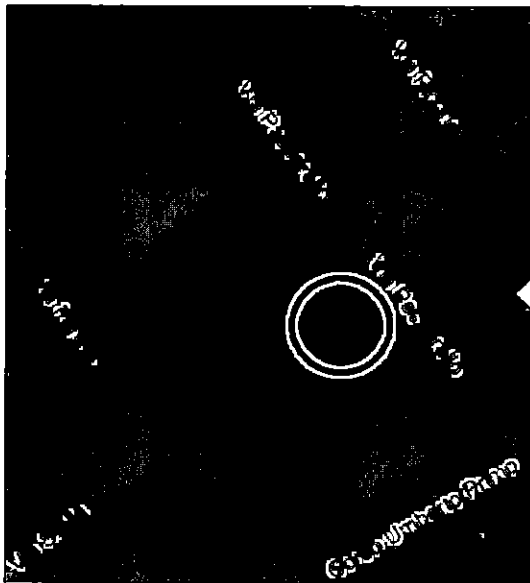
Figura 11: Estratto P.R.G. del Comune di Leonforte, tavola 7/a

### 3.5 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:

- Vincolo P.R.G. centro storico (Figura 11);
- Vincolo sismico (Figura 12).





COD_COM	11,00
Comune	Leonforte
ISTAT_COMUNE	19.086.011,00
Sigla Provincia	EN
ag	0,11
Classificazione ex 2 DGR 408-2003	
Elaborazione DRPC	3
Nuova Classificazione sismica	2

*Figura 12: Stralcio vincolo sismico*

Rimane obbligo del progettista di verificare eventuali vincoli e o prescrizioni normative gravanti nell'aria d'intervento interessata.



## 4. OBIETTIVI DI PROGETTO

### 4.1 OBIETTIVI GENERALI DEI PROGETTI DELLA MISSIONE 6 - SALUTE

Progettare spazi dedicati a Case della Comunità, Ospedali di comunità e Centrali Operative Territoriali significa necessariamente lavorare sinergicamente con professionisti esperti di differenti settori al fine di coniugare le esigenze, talvolta molto complesse, legate sia alla tipologia di servizio sanitario e sociosanitario offerto che alle nuove modalità di progettazione edilizia caratterizzata da aspetti quali la sostenibilità, la resilienza climatica, l'efficienza l'appropriatezza funzionale del progetto, la flessibilità, ecc.

Infatti, nella progettazione di edifici per la salute da un lato si dovranno tenere in considerazione tutte le esigenze tipiche delle diverse tipologie di utenti che fruiranno di quell'ambiente (pazienti, operatori sanitari, visitatori, accompagnatori, utenti sani ecc.) e dall'altro si dovranno promuovere le emergenti ed urgenti esigenze legate alla sostenibilità e ai nuovi stili di vita profondamente cambiati anche a seguito della pandemia Covid-19. Al centro di tutta la progettazione si pone quindi la salute delle persone intesa oggi più che mai come completo stato di benessere fisico sociale e psicologico (OMS, 1948). Questo implica una progettazione attenta all'inclusione sociale, all'uguaglianza, all'accessibilità oltre che agli aspetti percettivi e sensoriali in grado di favorire il mental health, l'orientamento e l'umanizzazione e alle strategie atte a garantire il soddisfacimento dei bisogni del presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare i propri (1987 rapporto Brundtland).

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

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

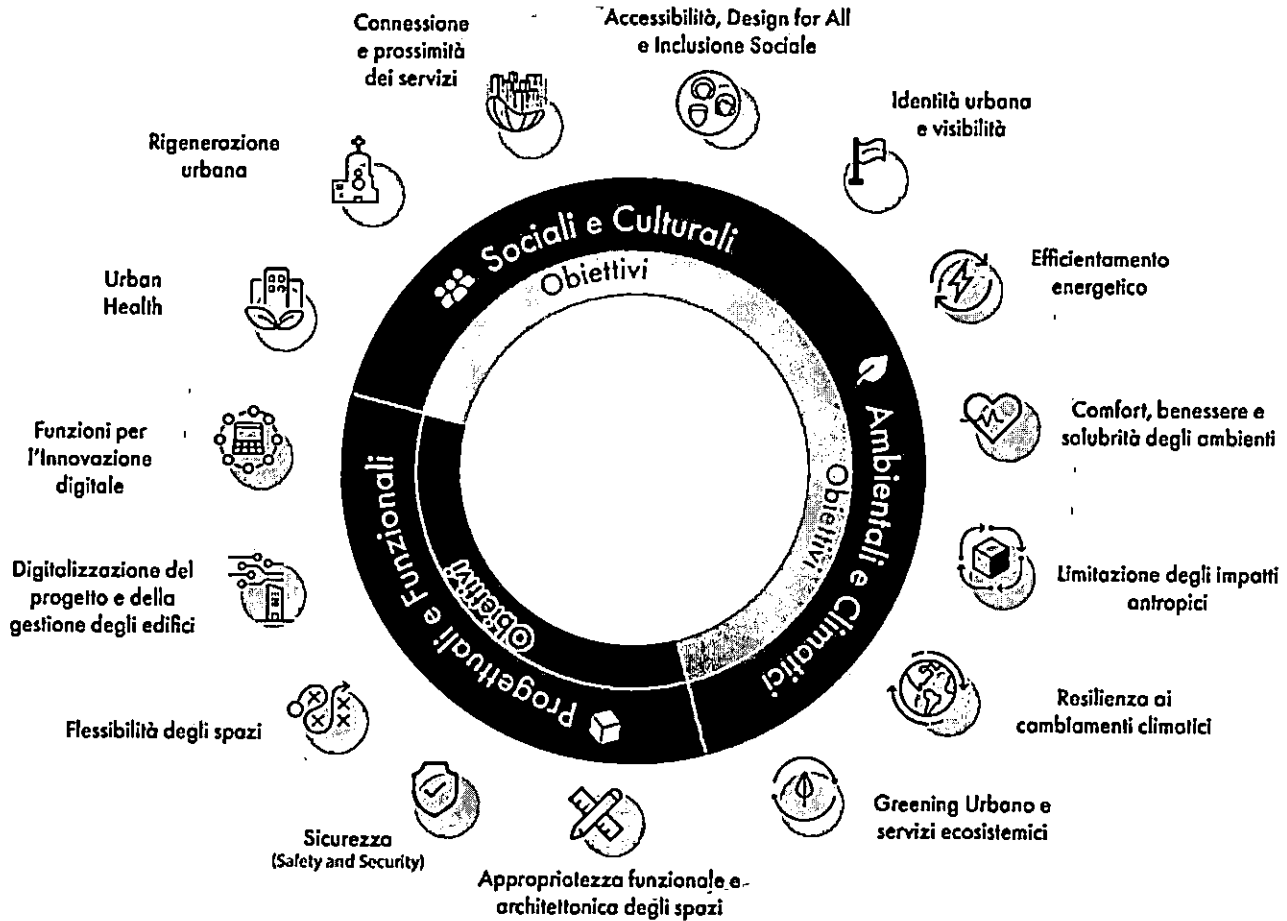
**Obiettivi Ambientali e Climatici**, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:

- 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 disuguaglianze all'interno del paese, inasprite dalla pandemia ancora in corso. Le tre priorità principali sono la parità di genere, la protezione e la valorizzazione dei giovani e il superamento dei divari territoriali.

#### 4.2 OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

Il progetto si pone i seguenti obiettivi:

- realizzazione di una Casa della Comunità "Spoke" presso il Comune di Leonforte (EN) per il bacino d'utenza che comprende i seguenti Comuni<sup>1</sup>: Agira (7.680 ab.), Assoro (4.834 ab.), Catenanuova (4.500 ab.), Centuripe (5.098 ab.), Leonforte (12.476 ab.), Nissoria (2.821 ab.), Regalbuto (6.777 ab.), per un totale di 44.186 ab;
- 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.

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 della Case di Comunità	T3 2023	
Target	Casa 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.

<sup>1</sup> I dati del numero della popolazione dei Comuni descritti sono stati desunti sul sito ufficiale ISTAT - dati aggiornati all'1 gennaio 2022.





## 5. REQUISITI DI PROGETTO

### 5.1 INTRODUZIONE

#### 5.1.1 Descrizione dell'intervento

Il progetto mira a realizzare una Casa della Comunità "Spoke" con aree funzionali così organizzate:

- **Piano Seminterrato:**  
Archivi - Magazzini - Depositi, Area Pulizia, Locali Tecnici, Centrale Tecnologica;
- **Piano Terra rialzato:**  
Area Prelievi, Ambulatori Infermieristici (IFoC), Accoglienza Utenti - URP - CUP, Area Vaccinale, Guardia Medica;
- **Piano Primo:**  
Assistenza Medica H12, Punto Unico di Accesso (PUA), Spazi per Assistenti Sociali, Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Unità Continuità Assistenziale (UCA), Sala Riunioni Polivalente, Area Personale, Area Direzionale e Amministrativa;
- **Piano Secondo:**  
Diagnostica di Base, Area Ambulatoriale Specialistica, Ambulatori per Medici di Medicina Generale (MMG), Ambulatori per Pediatri di Libera Scelta (PLS), Ambulatori per Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), Servizi Informativi e Telemedicina.

L'UTA sarà collocata sulla copertura dell'edificio.

L'Isola Ecologica sarà collocata all'interno di un vano che insiste nella corte pertinenziale al fabbricato.

I principali interventi saranno i seguenti:

- Demolizione e realizzazione di tramezzi;
- Adeguamento impianto idrico;
- Sostituzione infissi e serramenti interni ed esterni;
- Installazione porte tagliafuoco;
- Realizzazione impianto antincendio;
- Realizzazione nuovo impianto elettrico;
- Adeguamento impianto telefonico;
- Realizzazione impianto dati;
- Installazione nuovo impianto ascensore;
- Realizzazione impianto di condizionamento invernale/estivo;
- Realizzazione impianto fotovoltaico;
- Realizzazione impianto solare termico per ACS.

#### 5.1.2 Rilievi e indagini

I rilievi, lo stato di consistenza e le indagini già eseguite dall'Amministrazione e a disposizione del progettista sono:

- Rilievo plano-altimetrico dell'edificio;



- Restituzione degli elaborati planimetrici, prospettici e di sezione;
- Analisi preliminare energetica dei luoghi per mezzo di termocamera e software dedicati per l'individuazione delle zone critiche.

L'UOC Servizio Tecnico dell'ASP di Enna si occuperà delle indagini preliminari, del DPP e della redazione del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica Avanzato, intendendo aderire a una gara a procedura aperta di Appalto integrato di progettazione esecutiva e realizzazione dell'opera sulla base del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica Avanzato ai sensi dell'art. 48 della L. 108/2021.

### 5.1.3 Limiti dell'intervento

Il progetto **includerà** l'adeguamento dei locali presenti al Piano Seminterrato, Piano Terra rialzato, Piano Primo e Piano Secondo.

In particolare si andranno a modificare la distribuzione degli stessi in modo tale da ottimizzare l'offerta sanitaria, si andranno ad adeguare tutti gli impianti in modo tale da soddisfare i nuovi fabbisogni, infine si andranno a migliorare i locali da un punto di vista energetico migliorandone le caratteristiche di trasmittanza e l'efficienza degli impianti.

## 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 rispetterà 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.

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.).

#### Aree 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 alle 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

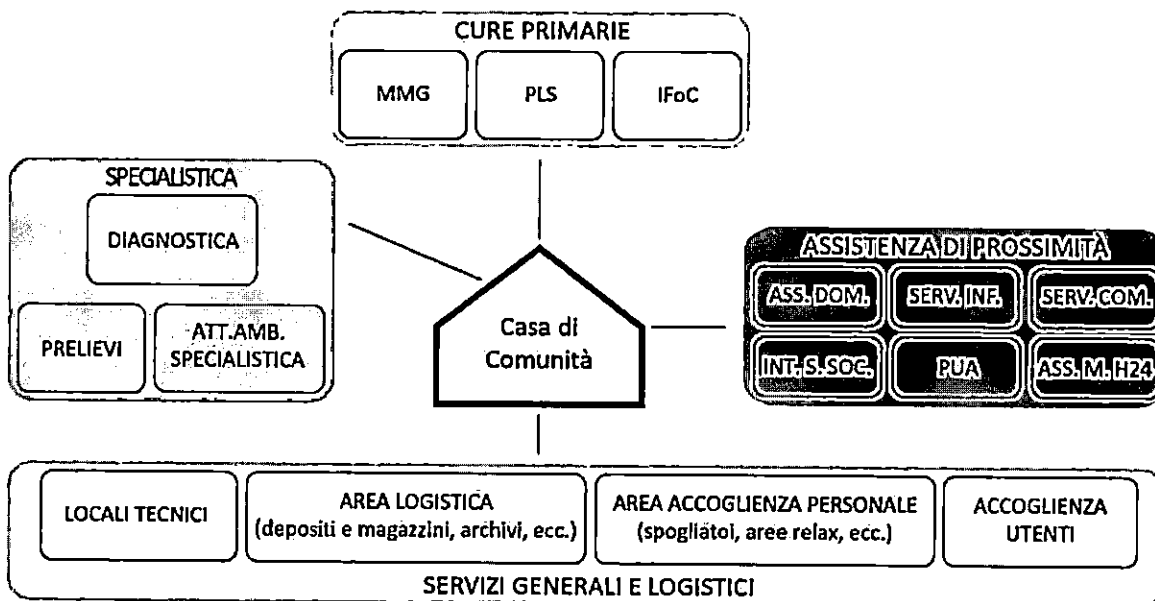
Alcuni spazi possono essere interscambiabili e adoperati per diverse attività erogate all'interno della CdC, come ad esempio l'area accoglienza, le aree di deposito, gli spogliatoi per il personale, le aree relax per il personale, ecc.

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:

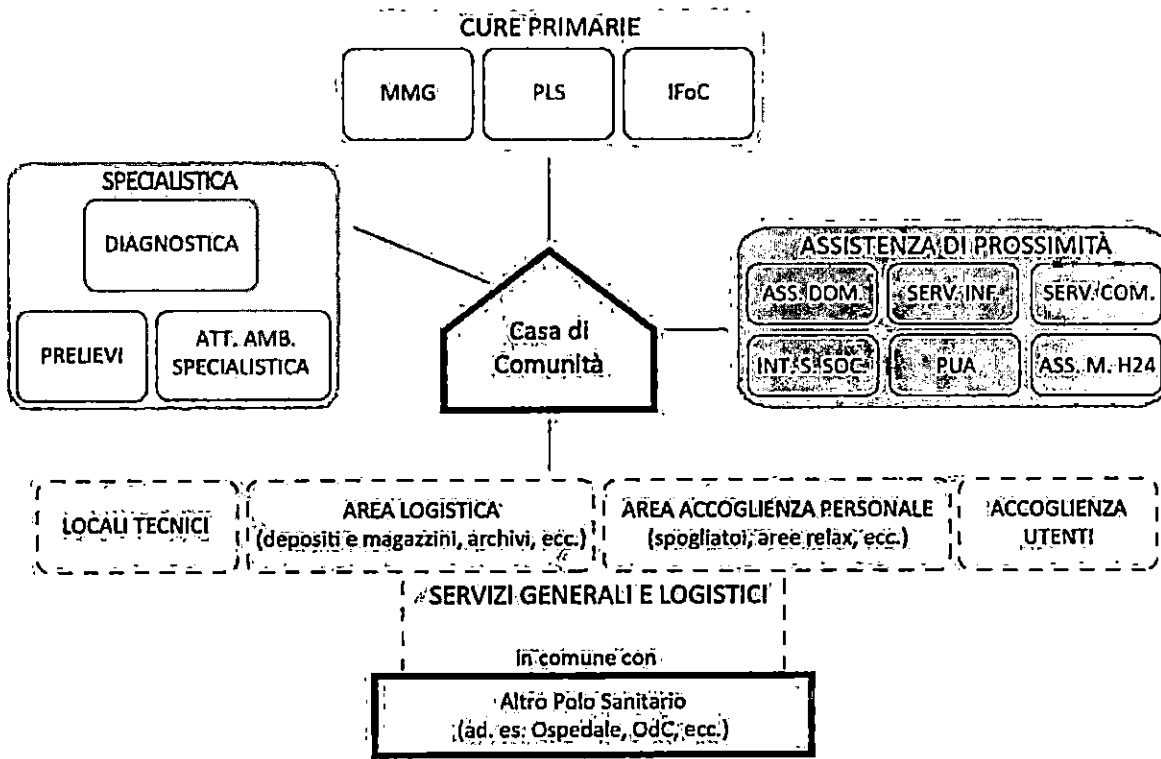
- né il numero specifico di locali operativi poiché in relazione alle attività che verranno insediate all'interno della CdC, le istanze epidemiologiche della popolazione e il modello organizzativo gestionale degli spazi, ecc., il seguente numero può variare;
- né il dimensionamento minimo delle unità 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	
SPECIALISTICA	<b>AREA DIAGNOSTICA DI BASE</b>			
	Servizi di diagnosi e cura	DIAGNOSTICA di BASE (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio	Facoltativo
	<b>AREA PRELIEVI</b>			
	Area prelievi e PO	AREA PRELIEVI	Obbligatorio	Facoltativo
CURE PRIMARIE	<b>ATTIVITA' AMBULATORIALE SPECIALISTICA</b>			
	Servizi ambulatoriali specialistici	AREA AMBULATORIALE SPECIALISTICA (diabetologo, cardiologo, ecc.)	Obbligatorio	Obbligatorio
	<b>AREA CURE PRIMARIE</b>			
ASSISTENZA DI PROSSIMITA'	Assistenza medica	AMBULATORI per Medici di Medicina Generale (MMG)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Infermieri di Famiglia, o Comunità (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI INFERMIERISTICI (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
	<b>ASSISTENZA MEDICA H24/H12</b>			
		ASSISTENZA MEDICA H24 / H12	Obbligatorio (H24)	Obbligatorio (H12)
	<b>PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)</b>			
		PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	Obbligatorio	Obbligatorio
	<b>INTEGRAZIONE con i SERVIZI SOCIALI</b>			
		Spazi per ASSISTENTI SOCIALI	Obbligatorio	Obbligatorio
<b>ASSISTENZA DOMICILIARE</b>				
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico sanitario	ACCogliENZA UTENTI - URP-CUP	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PERSONALE	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA DIREZIONALE e AMMINISTRATIVA	Obbligatorio	Obbligatorio
<b>AREA SERVIZI LOGISTICI</b>				
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	Servizi logistici per il funzionamento della struttura socio-sanitaria	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio	Obbligatorio
		SERVIZI INFORMATIVI e TELEMEDICINA	Obbligatorio	Obbligatorio
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PULIZIA	Obbligatorio	Obbligatorio
<b>AREE LOCALI TECNICI</b>				
	CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTILE, 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 l'ipotesi di programma funzionale per la CdC "Spoke" di Leonforte.

Il progettista avrà comunque il compito di sviluppare - nel PFTE - 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.

Macro-Area	Stanza	n. stanze	mq/stanza (minimo)	mq tot.	
SPECIALISTICA	Attesa	1	12	12	
	Ambulatori servizi ambulatoriali/diagnostica	2	16	32	
	Area prelievi/vaccini	1	16	16	
	Locale medici/infermieri	1	9	9	
CURE PRIMARIE	Attesa	1	12	12	
	Ambulatori medici MMG/PLS/continuità assistenziale	2	16	32	
	Antibagno	2	3	6	
	Servizi igienici uomini	1	3	3	
	Servizi igienici donne/disabili	1	5	5	
	Servizi igienici personale	2	3	6	
ASSISTENZA DI PROSSIMITA'	Attesa	1	12	12	
	Ambulatori infermieristici (IFoC)	1	16	16	
	Assistenza medica H12	1	16	16	
	Ufficio Punto Unico di Accesso (PUA)	1	16	16	
	Sala assistenti sociali	1	14	14	
	Assistenza domiciliare (Assistenza Domiciliare Integrata, Unità Continuità Assistenziale)	1	14	14	
	Guardia medica	1	16	16	
	Sala riunioni polivalente	1	14	14	
	Antibagno	2	3	6	
	Servizi igienici uomini	1	3	3	
	Servizi igienici donne/disabili	1	5	5	
	Servizi igienici personale	2	3	6	
	SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	Accettazione	1	16	16
		Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)	1	12	12
Ufficio Centro Unico Prenotazioni (CUP)		1	12	12	
Area personale		1	8	8	
Area direzionale e amministrativa		1	8	8	
Archivio/magazzino		2	8	16	
Depositi		2	4	8	
Area servizi informativi e telemedicina		1	8	8	
Raccolta e gestione rifiuti e pulizia		1	6	6	
Locale quadri elettrici		1	4	4	
Locale dati		1	4	4	
Area fotocopiatrici/stampanti		1	4	4	
Spogliatoi personale		2	4	8	
Antibagno		2	3	6	
Servizi igienici uomini		1	3	3	
Servizi igienici donne/disabili		1	5	5	
Servizi igienici personale		2	3	6	

TOTALE sup. funzionale netta CdC Spoke			405
Corridoi/circolazione	405x25%		101
Scale e ascensori	(esclusi)		
Centrali/subcentrali tecniche	405x8%		32
Totale netto CdC Spoke			538
Totale, lordo CdC Spoke	538	1,125	605

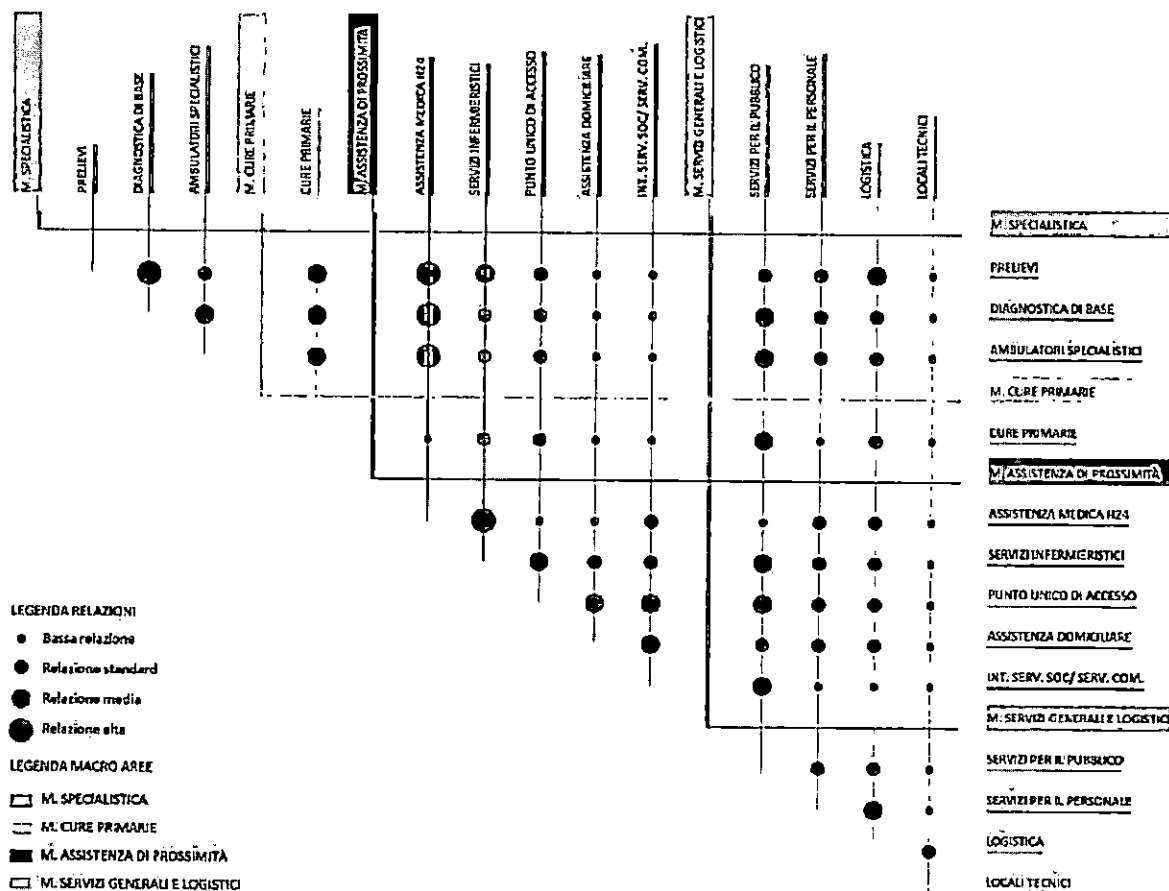
### 5.2.3 Relazioni funzionali e spaziali della Casa della Comunità

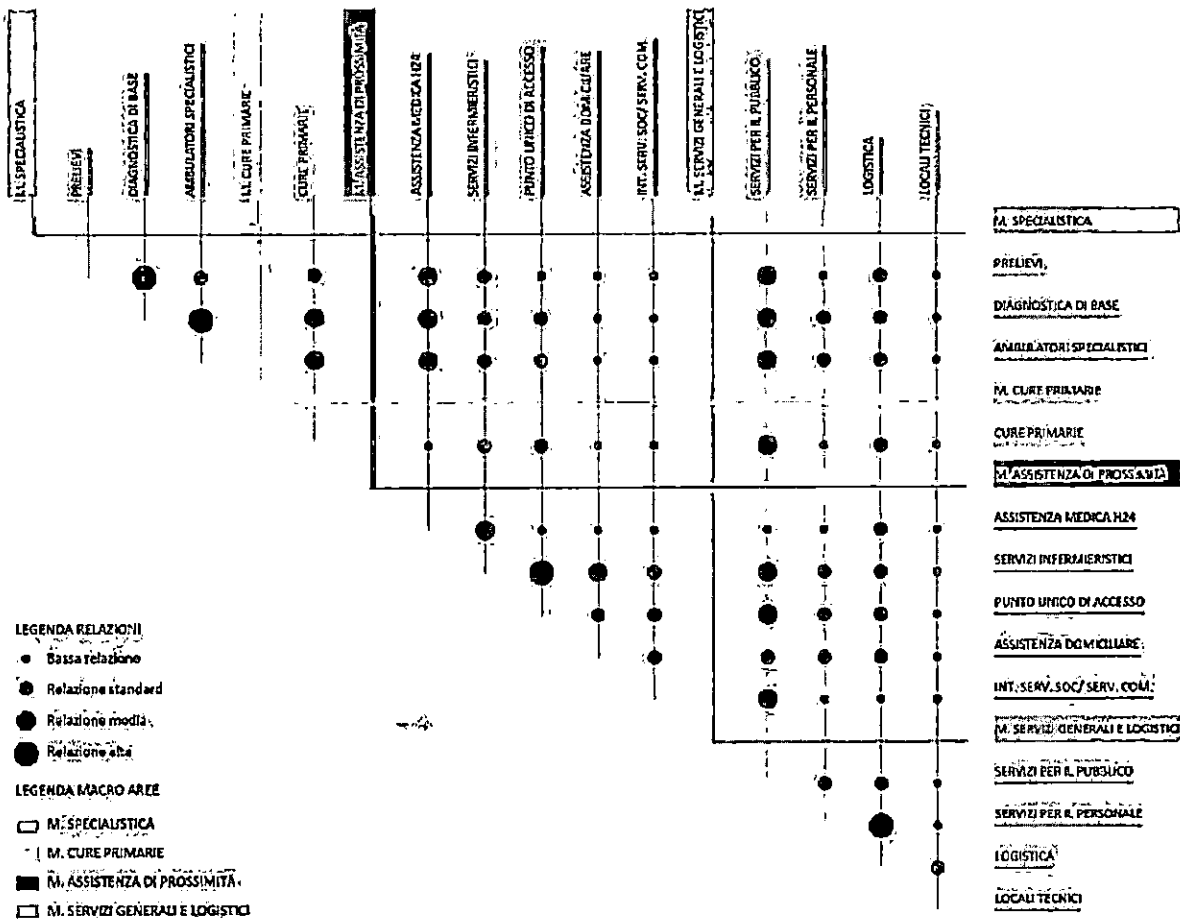
In riferimento alle **relazioni funzionali** e, nello specifico, quelle **spaziali**, risulta strategico **accentuare la necessità di compattezza dell'intero complesso** al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza. A tal fine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

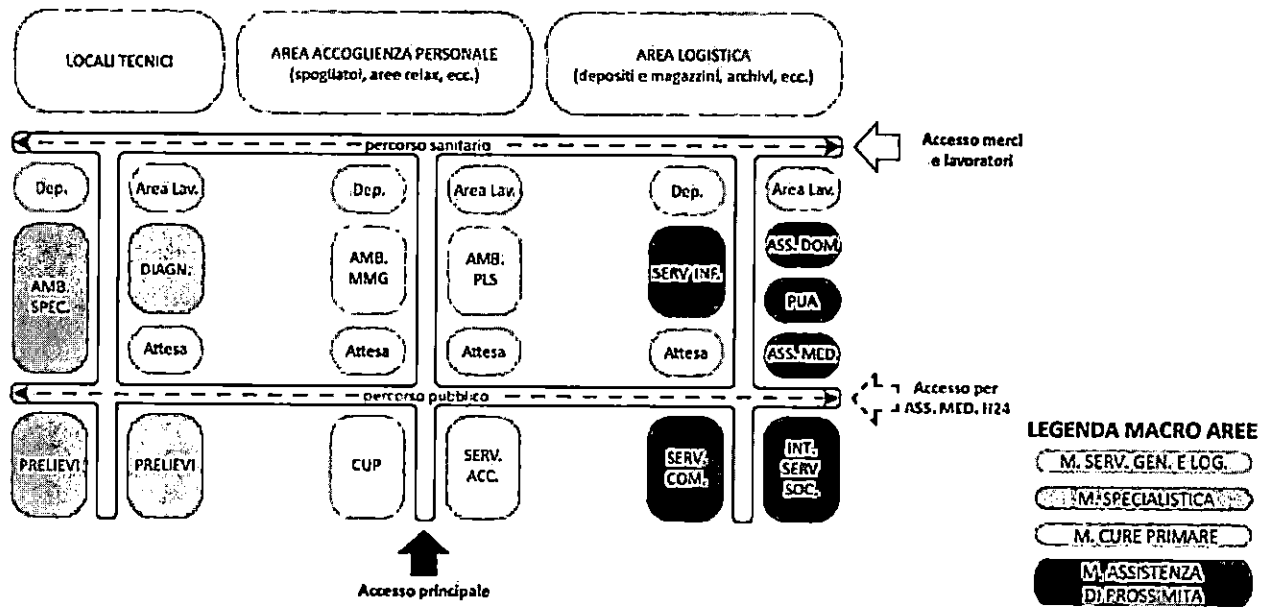
In relazione ai **flussi principali** si predilige la presenza di un **unico ingresso utenti centrale e riconoscibile** che possa indirizzare le persone verso l'accoglienza principale il sistema distributivo per le varie funzioni presenti nella struttura. A questo si dovrebbero affiancare, ove possibile, 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 riutilizzo 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

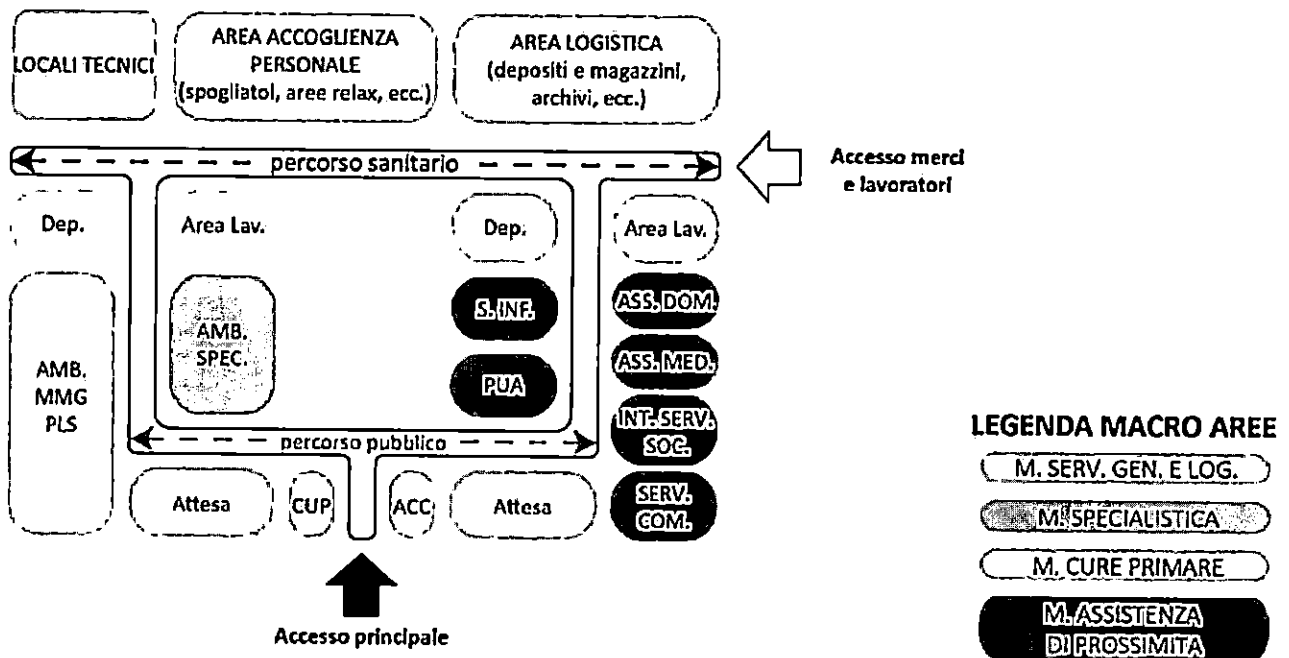


*Impostazione generale della CdC Hub con le aree funzionali considerate obbligatorie*

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

La privacy del paziente in sala d'esame sarà preservata dall'osservazione dall'esterno mediante l'impiego di paraventi mobili e tende.

Le sala di visita eventualmente utilizzate come sale di osservazione saranno immediatamente accessibili al personale, alla postazione di controllo e a un locale per i servizi igienici.

L'ambulatorio sarà dotato di lavandino.

#### Area infermieri

L'area infermieri includerà:

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

## 5.3 OPERE EDILI

### 5.3.1 Introduzione

Il progetto prevede in particolare:

- demolizioni di parti di murature interne e rifacimento di nuovi divisori per la distribuzione degli spazi secondo le nuove esigenze;
- rimozione dei rivestimenti murari ceramici, ove presenti, con realizzazione di nuovi rivestimenti;
- rimozione elementi radianti esistenti;
- realizzazione di controsoffitti ove necessario;
- realizzazione di nuovi servizi igienici per il personale e per l'utenza;
- realizzazione di nuova pavimentazione;
- sostituzione dei serramenti e degli infissi interni ed esterni;
- 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 laterizi;
- controsoffitti in cartongesso nei corridoi, depositi e locali che richiedono ispezione a soffitto;
- 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 ed infissi interni in alluminio-hpl;
- serramenti ed infissi esterni in legno-alluminio a taglio termico, con vetri basso emissivi.

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, dovrà essere garantito un giunto privo di sporgenze.

Serramenti e le vetrate di sicurezza dovranno venire progettati nel rispetto della UNI 7697:2021.



In relazione alle specificità delle attività esercitate, i locali dovranno 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 saranno di tipo a battente o scorrevoli quando i requisiti antincendio non sono compromessi.

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

Le porte degli ambulatori avranno una larghezza minima di cm 120, e si apriranno verso l'esterno senza intralciare la larghezza minima dei corridoi.

Le porte dei servizi igienici saranno 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

L'altezza utile dei locali è pari a 310 cm.

La larghezza minima dei corridoi non sarà inferiore ai 240 cm.

### 5.3.5 Pulizia e manutenzione

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

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

## 5.4 STRUTTURE

Da un punto di vista strutturale l'edificio non sarà soggetto a nessuna modifica. Il progetto riguarderà 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 dovranno 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 dovrà essere elevato: in questa ottica particolare rilevanza assumono le condizioni termo-igrometriche che devono essere sempre garantite. In generale pertanto la CdC dovrà 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

L'approvvigionamento idrico, di fondamentale importanza, avviene da acquedotto comunale ed è disponibile tutti i giorni dell'anno.

Saranno introdotti sistemi intelligenti che consentiranno un uso parsimonioso della risorsa idrica mediante ad esempio l'impiego di cassette di scarico a doppia mandata, erogatori dotati di fotocellula, ecc.

Il sistema di distribuzione dell'acqua calda sanitaria prevederà 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 è prevista la presenza negli ambulatori di prese vuote, ossigeno, ANITA medica.





### 5.5.5 Allacci

Si dovranno prevedere allacciamenti per quanto riguarda il gas metano, l'energia elettrica, l'acquedotto.

### 5.5.6 Criteri di progettazione antisismica

La progettazione degli impianti sarà 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
- impianto fotovoltaico.

### 5.6.3 Quadri elettrici

I quadri dovranno essere accessibili solo alle persone autorizzate.

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



### 5.6.4 Criteri di progettazione antisismica

La progettazione degli impianti sarà 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 sarà 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

L'edificio oggetto di intervento non è annoverato quale bene sottoposto a vincoli di tutela.

## 5.9 ANTINCENDIO

La progettazione antincendio sarà 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 m<sup>2</sup>".

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 rispetterà quanto disposto dal D.P.C.M. 5-12-1997.

Nel progetto di fattibilità tecnico ed economica, saranno 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 allegate alla Circolare MEF-RGS del 30 dicembre 2021, n. 32, che comprende altresì una mappatura di applicabilità delle schede e le check list di controllo.

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

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

Misura / Investimento	Regime	Schede associate
M6-C1 / Inv.1.1 – 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 Scheda 4 – <i>Acquisto, leasing, e noleggio AEE Medicali</i> Scheda 5 – Interventi edili e cantieristica generica Scheda 6 – <i>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 Scheda 4 – <i>Acquisto, leasing, e noleggio AEE Medicali</i> Scheda 6 – <i>Servizi informatici di hosting e cloud</i> Scheda 9 – <i>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 Scheda 4 – <i>Acquisto, leasing, e noleggio AEE Medicali</i> Scheda 5 – Interventi edili e cantieristica generica Scheda 6 – <i>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	Scheda 3 – <i>Acquisto, leasing noleggio di PC e AEE non Medicali</i> Scheda 4 – <i>Acquisto, leasing, e noleggio AEE Medicali</i> Scheda 5 – Interventi edili e cantieristica generica Scheda 6 – <i>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 svilupperà 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 verificherà i requisiti e adeguerà spazi e dotazioni impiantistiche in coerenza.

#### 5.16 AREE ESTERNE

L'edificio sarà accessibile attraverso un'ampia corte esterna pertinenziale ad uso esclusivo di pedoni, biciclette e mezzi sanitari.

L'edificio è facilmente raggiungibile attraverso mezzi pubblici.

Parcheggi pubblici sono disponibili nelle vicinanze dell'edificio.

#### 5.17 BIM

Il progettista svilupperà il progetto adottando la modellazione BIM se prevista per legge.

#### 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.

## 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 è il seguente:

<i>Opere</i>	<i>Categoria (DM 17.06.2016)</i>	<i>Importo</i>
Opere edili	OG1	388.950,00 €
Opere strutturali	/	
Impianti idrici, sanitari, antincendio	OS3 - OG11	199.350,00 €
Impianti meccanici	/	
Impianti elettrici e speciali	OG9 - OG11- OS30	161.700,00 €
<b>TOTALE lavori (escl. oneri sicurezza)</b>		<b>750.000,00 €</b>
Opere per l'attuazione del Piano per la Sicurezza		70.000,00 €
<b>TOTALE lavori (incl. oneri sicurezza)</b>		<b>820.000,00 €</b>

Il progettista aggiudicatario è tenuto a sviluppare il progetto nel rispetto dei limiti qui sopra indicati.

### 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	0,00 €
Progettazione definitiva	0,00 €
Progettazione esecutiva	37.000,00 €
Verifica della progettazione ex art. 26	0,00 €
Direzione Lavori e Coordinamento della Sicurezza in fase di Esecuzione	72.000,00 €
Collaudo tecnico-amministrativo; Collaudo Statico	7.500,00 €
<b>Totale spese tecniche (escluso oneri previdenziali e IVA)</b>	<b>116.500,00 €</b>

### 6.3 QUADRO ECONOMICO

Voce	Importo
<b>A) LAVORI</b>	
A1) Lavori, escl. oneri sicurezza	750.000,00 €
A2) Oneri per la sicurezza	70.000,00 €
<b>Tot. A) TOTALE lavori (incl. oneri sicurezza)</b>	<b>820.000,00 €</b>
<b>B) SOMME IN AMMINISTRAZIONE</b>	
B1) Imprevisti	40.616,31 €
B2) Spese tecniche <i>Progettazione</i> <i>Direzione lavori e CSE</i> <i>Collaudo statico e tecnico-amministrativo</i> <i>Certificazione energetica</i> <i>Pratiche accatastamento</i> <i>Verifica progetto ex. art.26</i>	116.500,00 €
B3) Attività RUP <i>Incentivi funzioni tecniche RUP (Art.113, D.Lgs. 50/2016)</i> <i>Attività di supporto al RUP (DM 17/06/2016)</i>	16.400,00 €
B4) Indagini, prove, bonifiche <i>Indagini (geologiche, archeologiche, caratterizzazione materiali...)</i> <i>Prove sui materiali, di accertamento, di collaudo</i> <i>Spese per bonifiche (amianto, belliche, ecc.)</i>	0,00 €
B5) Acquisto aree	0,00 €
B6) Oneri <i>Oneri per domande e rilascio permessi</i> <i>Oneri previdenziali su spese tecniche</i> <i>Oneri accesso e conferimento a discarica</i>	21.660,00 €
B7) Allacci	12.500,00 €
B8) Arredi e attrezzature <i>Arredi</i> <i>Attrezzature</i> <i>Forniture</i> <i>Apparati attivi ICT</i>	231.000,00 €
B9) Altre spese <i>Spese per pubblicità</i> <i>Spese per predisposizione bando</i> <i>Spese per commissioni giudicatrici</i> <i>Spese legali</i> <i>Polizze rischi professionali personale interno per progettazione (Art. 24, c. 4, D.Lgs. 50/2016)</i>	0,00 €
B10) IVA <i>IVA 10% su lavori (A e B1)</i> <i>IVA su spese tecniche (B2)</i> <i>IVA su attività di supporto al RUP</i> <i>IVA su indagini</i> <i>IVA su arredi e attrezzature</i>	159.475,20 €
<b>TOTALE B) SOMME IN AMMINISTRAZIONE</b>	<b>598.151,51 €</b>
<b>TOTALE QUADRO ECONOMICO (A+B)</b>	<b>1.418.151,51 €</b>



#### 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	1.418.151,51 €
Altro	0,00 €
<b>Totale finanziato</b>	<b>1.418.151,51 €</b>

## 7. PROCEDURA DI AFFIDAMENTO

L'affidamento dell'esecuzione delle opere avverrà secondo una **gara a procedura aperta di Appalto integrato di progettazione esecutiva e realizzazione dell'opera** sulla base del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica Avanzato ai sensi dell'art. 48 della L. 108/2021.

2. SANITÀ





## 8. LIVELLI DELLA PROGETTAZIONE

### 8.1 PROGETTO DI FATTIBILITÀ TECNICA ED ECONOMICA

Il progetto di fattibilità tecnica ed economica (PFTE) sarà sviluppato in coerenza con quanto disposto all'art. 23 comma 5 del D. Lgs 50/2016, nonché dal contenuto minimo degli elaborati previsti dal DPR 207/2010 art. 17. Il progettista incaricato svilupperà, nel rispetto dei contenuti del documento di indirizzo alla progettazione e secondo le modalità indicate dal decreto, tutte le indagini e gli studi necessari, nonché elaborati grafici per l'individuazione delle caratteristiche dimensionali, volumetriche, tipologiche, funzionali e tecnologiche dei lavori da realizzare e le relative stime economiche, ivi compresa la scelta in merito alla possibile suddivisione in lotti funzionali.

### 8.2 PROGETTO DI FATTIBILITÀ TECNICA ED ECONOMICA "AVANZATO"

Qualora il PFTE fosse utilizzato per affidare il successivo sviluppo progettuale e la realizzazione dei lavori in appalto integrato, il PFTE dovrà essere sviluppato in coerenza con i contenuti della Linea Guida PFTE del MIMS<sup>2</sup>, e che sia pertanto in generale composto dai seguenti elaborati:

1. relazione generale;
2. relazione tecnica, corredata da rilievi, accertamenti, indagini e studi specialistici;
3. relazione di verifica preventiva dell'interesse archeologico (art. 28 comma 4 del D.Lgs. 42/2004, per la procedura D. Lgs. 50/2016 art. 25, c. 1) ed eventuali indagini dirette sul terreno secondo quanto indicato nell'art. 25, c. 8 del D.Lgs. 50/2016;
4. studio di impatto ambientale, per le opere soggette a VIA;
5. relazione di sostenibilità dell'opera;
6. rilievi plano-altimetrici e stato di consistenza delle opere esistenti e di quelle interferenti nell'immediato intorno dell'opera da progettare;
7. elaborati grafici delle opere, nelle scale adeguate;
8. computo estimativo dell'opera, in attuazione dell'articolo 32, comma 14 bis, del Codice;
9. quadro economico di progetto;
10. piano economico e finanziario di massima, per le opere da realizzarsi mediante Partenariato Pubblico-Privato;
11. schema di contratto;
12. capitolato speciale d'appalto;
13. cronoprogramma;
14. piano di sicurezza e di coordinamento, finalizzato alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori nei cantieri, ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché in applicazione dei vigenti accordi sindacali in materia. Stima dei costi della sicurezza;
15. capitolato informativo (facoltativo);
16. piano preliminare di manutenzione dell'opera e delle sue parti;
17. piano preliminare di monitoraggio geotecnico e strutturale;
18. per le opere soggette a VIA, e comunque ove richiesto, piano preliminare di monitoraggio ambientale;
19. piano particellare delle aree espropriande o da acquisire, ove pertinente.

<sup>2</sup> 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" scaricabili dal seguente collegamento: [https://www.mit.gov.it/nfsmitgov/files/media/notizia/2022-01/1.%20Linee\\_Guida\\_PFTE.pdf](https://www.mit.gov.it/nfsmitgov/files/media/notizia/2022-01/1.%20Linee_Guida_PFTE.pdf)



### 8.3 PROGETTO DEFINITIVO

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

Dovendo realizzare il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica Avanzato, questa fase di progettazione verrà omessa.

### 8.4 PROGETTO DEFINITIVO AVANZATO

Quando il progetto definitivo è posto a base di gara ai sensi dell'articolo 53, comma 2, lettera b), del codice ferma restando la necessità della previa acquisizione della positiva valutazione di impatto ambientale se richiesta, il progetto è corredato dello schema di contratto e del capitolato speciale d'appalto nonché del piano di sicurezza e di coordinamento di cui all'articolo 100 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, sulla base del quale determinare il costo della sicurezza, nel rispetto dell'allegato XV del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

Lo schema di contratto prevede, inoltre, che il concorrente debba indicare, al momento dell'offerta, la sede di redazione del progetto esecutivo, nonché i tempi della progettazione esecutiva e le modalità di controllo, da parte del responsabile del procedimento, del rispetto delle indicazioni del progetto definitivo, anche ai fini di quanto disposto dall'articolo 112, comma 3, del codice.

Dovendo realizzare il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica Avanzato, questa fase di progettazione verrà omessa.

### 8.5 PROGETTO ESECUTIVO

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

Restano esclusi soltanto i piani operativi di cantiere, i piani di approvvigionamenti, nonché i calcoli e i grafici relativi alle opere provvisorie. Il progetto è redatto nel pieno rispetto 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.

Il progetto esecutivo sarà redatto nel pieno rispetto del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica Avanzato approvato.

### 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



Gantt Interattivo  
Cronoprogramma

	2022	2023	2024	2025	2026
Completamento delle Attività di Individ...	◆				
Approvazione C.I.S.	◆				
Assegnazione dei codici CUP ai progetti	◆				
DIP - predisposizione e approvazione S.A.					
INDAGINI - Affidamento					
INDAGINI - Esecuzione					
VERIFICA (ex art.26) - Affidamento					
VERIFICA (ex art.26) - Esecuzione					
PFTE - Affidamento					
PFTE - Progettazione					
PFTE - Validazione e Approvazione					
Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara		◆			
Progetto Definitivo - Affidamento					
Progetto Definitivo - Progettazione					
Progetto Definitivo - Verifica					
Conferenza dei servizi decisoria					
Progetto Definitivo - Validazione e approvazione					
Appalto Integrato - Affidamento PD c/o PE e LAVORI					
Appalto Integrato - Stipula contratto					
Progetto Esecutivo - Affidamento					
Progetto Esecutivo - Progettazione					
Progetto Esecutivo - Verifica					
Progetto Esecutivo - Validazione e approvazione					
Assegnazione dei codici CIG		◆			
Lavori - Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace					
DL, collaudo - Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace					
Stipula dei contratti per la realizzazione		◆			
Lavori - Consegna aree e Lavori					
Esecuzione Lavori					
Ultimazione dei lavori					◆



## 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>
Progettazione di Fattibilità Tecnica ed Economica	Esecuzione indagini e redazione PFTE	120 giorni n.c.
	Revisione del PFTE a seguito di prescrizioni dalla Conferenza dei Servizi e/o della verifica progetto ex art.26	15 giorni n.c.
Progetto Definitivo	Redazione progetto	n/a
	Revisione del progetto a seguito di prescrizioni dalla Conferenza dei Servizi e/o della verifica progetto ex art.26	n/a
Progetto Esecutivo	Redazione progetto	120 giorni n.c.
	Revisione del progetto a seguito della verifica progetto ex art.26	30 giorni n.c.





## 10. DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

L'amministrazione rende disponibili i seguenti documenti:

- Piante del fabbricato esistente allo stato di fatto;
- Prospetti del fabbricato esistente allo stato di fatto;
- Sezione del fabbricato esistente allo stato di fatto;
- Visura catastale.

**IL R.U.P.**

Ing. Maria RINDONE

**IL REFERENTE UNICO  
AZIENDALE PER LA  
VIGILANZA  
SULL'ATTUAZIONE  
DEL PNRR E DEL PNC**

Dott. Ciro VISCUSO

