

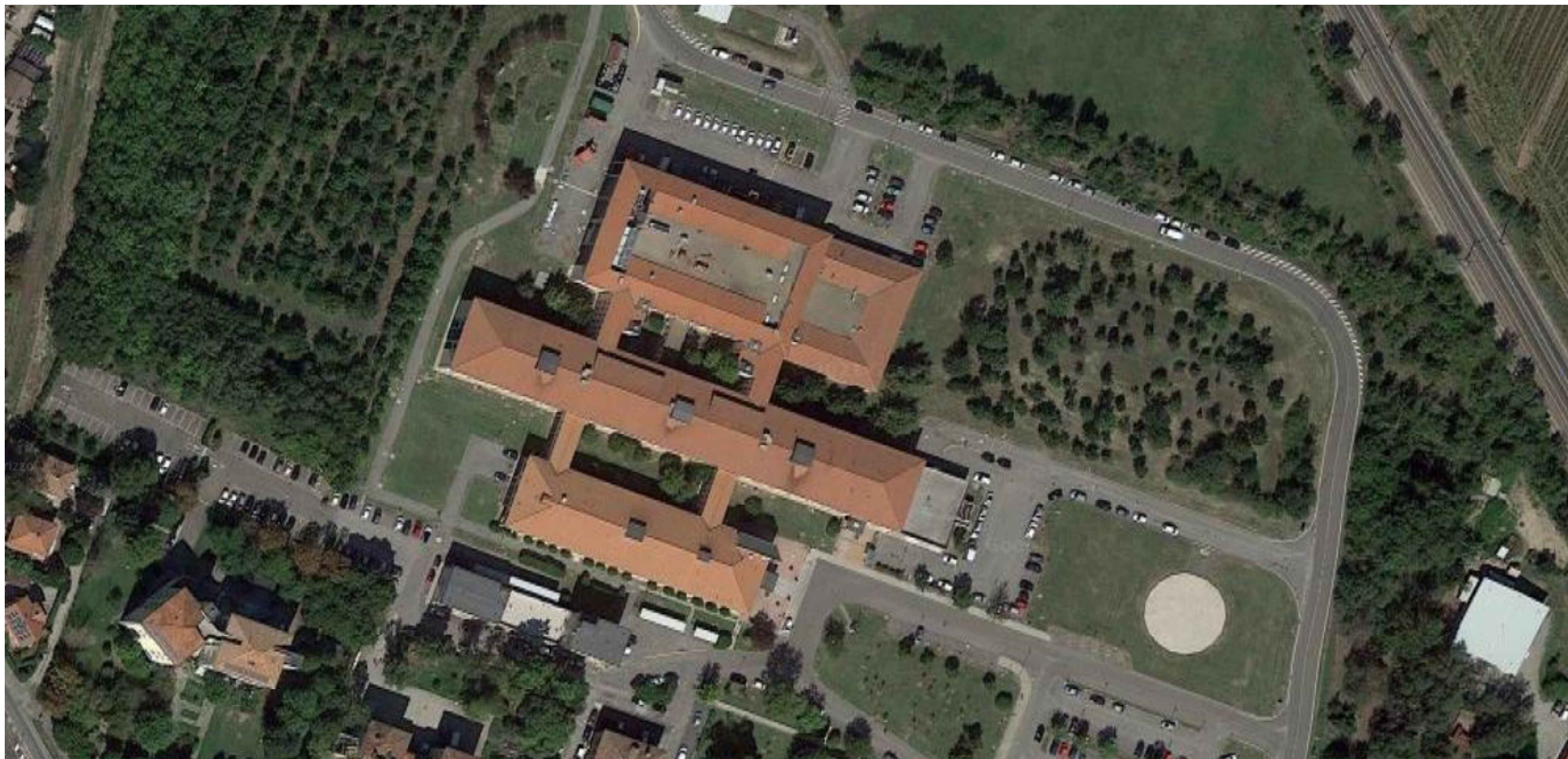
## STUDIO DI FATTIBILITA'

# CASA DELLA COMUNITA' DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO NUOVA COSTRUZIONE CON DEMOLIZIONE

Intervento di realizzazione della Casa della Comunità di San Giovanni in Persiceto (CUP  
E51B22000790006 )

# OSPEDALE DI COMUNITA' DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO NUOVA COSTRUZIONE CON DEMOLIZIONE

Intervento di realizzazione di un Ospedale di Comunità di San Giovanni in Persiceto (CUP  
E51B22000760006 )



Proprietà: AZIENDA USL DI BOLOGNA DELEGATO CON DEL.n.263 del 12/07/2019 IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO TECNICO PATRIMONIALE ( Ing. Claudia Reggiani)	Direttore Generale: Dott. Paolo Bordon	Progettista Architettonico: Ing. Claudia Reggiani	Progettista Strutturale:	Progettista Impianti Meccanici: Ing. Simona Boschetti	Progettista Impianti Elettrici: Ing. Davide Canarini	Responsabile del Procedimento: Ing. Claudia Reggiani
Data: Dicembre 2021						



## STUDIO DI FATTIBILITA'

### CASA DELLA COMUNITA' DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO - NUOVA COSTRUZIONE CON DEMOLIZIONE (CUP E51B22000790006)

### OSPEDALE DI COMUNITA' DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO - NUOVA COSTRUZIONE CON DEMOLIZIONE (CUP E51B22000760006)

#### INQUADRAMENTO NORMATIVO

Il presente Studio di Fattibilità è redatto ai sensi dell'art. 14 co. 1 lett. a) b) c) d) e) del D.P.R. 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".

Il presente documento comprende al suo interno anche le informazioni del *Documento di Indirizzo alla Progettazione* (documento preliminare all'avvio della progettazione di cui all'art. 15 del DPR 207/2010) e del *Documento di Fattibilità delle Alternative Progettuali* (di cui all'art. 23 co. 5 del D.Lgs. 50/2016).

Lo studio sviluppa due progetti distinti ma tra loro integrati, stante che la casa della comunità e l'ospedale di comunità saranno realizzati nel medesimo nuovo edificio, costruito previa demolizione di fabbricato esistente parzialmente in disuso, presente nel complesso ospedaliero di San Giovanni in Persiceto.

#### PREMESSA

Lo Studio di Fattibilità ha per oggetto le analisi e le valutazioni tecnico economiche per la realizzazione nell'area del complesso ospedaliero di San Giovanni in Persiceto, previa demolizione di un edificio esistente, di un nuovo fabbricato sviluppato su due piani (più piano tecnologico) nel quale collocare al piano terra la Casa della Comunità ed al piano primo l'Ospedale di Comunità.

La Casa della Comunità sarà di piccole dimensioni, con superficie totale di circa 830 mq; l'Ospedale di Comunità prevederà 20 posti letto e avrà medesima superficie. A tali superfici si aggiungono gli spazi tecnologici in copertura.

#### CARATTERISTICHE FUNZIONALI, TECNICHE, GESTIONALI, ECONOMICO FINANZIARIE DEI LAVORI DA ESEGUIRE

L'intervento è previsto all'interno del complesso dell'Ospedale di San Giovanni in Persiceto, nell'area individuata nell'immagine aerea di seguito riportata .



## A. RELAZIONE DI COMMITTENZA, REQUISITI FUNZIONALI

### A1.1 Introduzione Casa della Comunità

In Emilia-Romagna il percorso di realizzazione delle Case della Salute (CdS) è stato avviato nel 2010 (DGR 291/2010); nel 2016 la Giunta Regionale ha approvato le nuove indicazioni sulle Case della Salute (DGR 2128/2016), che hanno individuato gli strumenti organizzativi e assistenziali per migliorare l'integrazione delle cure e la presa in carico dei pazienti nelle Case della Salute.

Tra i diversi obiettivi di azione del Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017-2019, vi è anche la produzione di evidenze dell'impatto delle Case della Salute sulla popolazione e sui professionisti attraverso un progetto regionale di valutazione.

La strategia regionale sulle Case della Salute ha perseguito i seguenti obiettivi:

- supportare il coordinamento organizzativo e clinico-assistenziale delle Case della Salute a garanzia di un accesso ed una risposta unitaria ai bisogni della comunità;
- supportare l'attivazione e l'implementazione di programmi e percorsi di prevenzione e promozione della salute e di assistenza, basati sul paradigma della medicina d'iniziativa, per favorire l'integrazione dei professionisti (convenzionati e dipendenti del SSR, dell'ambito sanitario e sociale);
- promuovere l'integrazione tra la Casa della Salute e i diversi nodi della rete dei servizi territoriali e ospedalieri, a garanzia della continuità dell'assistenza;
- promuovere, anche con l'utilizzo di strumenti innovativi, la piena partecipazione della comunità (pazienti / caregiver / associazioni di pazienti e di volontariato / fino ai singoli cittadini) all'interno delle Case della Salute.

Le Case della Salute della Regione Emilia-Romagna e nell'Azienda usl costituiscono la sede fisica e operativa in cui realizzare:

1. l'accesso all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
2. la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile;
3. la prevenzione e promozione della salute;
4. la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali (H 12 e H 24 di norma a livello distrettuale);

5. la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
6. l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
7. la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver, dei Comitati Consultivi Misti;
8. la promozione dell'integrazione con la Rete Ospedaliera e gli Ospedali di Comunità per garantire la continuità dell'assistenza.

La rete delle strutture territoriali nella AUSL di Bologna è stata negli anni implementata, alla luce di questi indirizzi, con la realizzazione di Case della Salute di diverse dimensioni e complessità, sulla base delle dimensioni delle comunità di riferimento (Comuni nell'hinterland e quartieri nella città di Bologna), dell'esistenza di altri presidi territoriali nell'area di competenza, delle relazioni di rete tra strutture operanti negli stessi Comuni o quartieri.

La pianificazione delle Case della Salute è stata esito di una programmazione condivisa tra Azienda e Amministrazioni locali, come rappresentanti e garanti dei bisogni della comunità, nell'ambito delle sedi istituzionali preposte: Comitato di Distretto e Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. Il Distretto sociosanitario rappresenta la struttura che garantisce la governance integrata dei servizi. La differenziazione in dimensioni, complessità organizzativa e funzioni che si è venuta creando negli anni tra Case della Salute aveva già portato in Emilia-Romagna portato ad una classificazione in

- Casa della Salute a bassa complessità assistenziale (Spoke) in cui viene garantito l'accesso alle seguenti funzioni: accoglienza e orientamento (punto informativo); amministrative; valutazione del bisogno; assistenza del medico di medicina generale; assistenza del pediatra di libera scelta; assistenza infermieristica (ambulatorio prestazionale e ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità); assistenza specialistica a supporto dei percorsi; assistenza ostetrica; e assistenza sociale;

- Case della Salute a media/alta complessità assistenziale (Hub) in cui viene garantito l'accesso H 12 alle funzioni presenti nella Casa della Salute a bassa complessità e alle seguenti funzioni: valutazione del bisogno (punto unico di accesso sociale e sanitario, unità valutazione multidimensionale, sportello sociale); di supporto (punto prelievi, distribuzione ausili protesici, distribuzione farmaci); prevenzione collettiva e sanità pubblica (es. vaccinazioni, screening); consultorio familiare; assistenza per problemi di salute mentale e di dipendenze patologiche; centro per i disturbi cognitivi e le demenze; assistenza specialistica; diagnostica strumentale ecografica e radiologica; recupero e rieducazione funzionale; assistenza domiciliare; rete cure

palliative. Nella Casa della Salute a media/alta complessità assistenziale possono essere facoltativamente presenti strutture semi-residenziali e/o residenziali sanitarie (es. ospedale di comunità, hospice) e sociosanitarie rivolte a diverse tipologie di persone (es. anziani, disabili, non autosufficienti, persone con problemi di salute mentale e di dipendenze patologiche).

Una valutazione di impatto realizzata (Nobilio et al.2020) ha dimostrato un effetto significativo e costante delle CdS sull'accesso al Pronto Soccorso (-16,1%) più consistente nei pazienti assistiti da MMG che svolgono la loro attività in parte o totalmente all'interno delle CdS (-25,7%) e un effetto significativo sull'ospedalizzazione per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (-2,4%) e sugli episodi di cura domiciliare (+9,4%).

Alla luce delle indicazioni del documento preliminare "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN" ( Agenas-Ministero della Salute e degli obiettivi della missione 6 del PNRR) l'evoluzione della rete delle Case della Salute verso gli standard definiti per le Case di Comunità (CdC) ha i seguenti obiettivi:

- copertura del territorio per raggiungere almeno un HUB secondo quanto previsto dagli standard previsti da Agenas e secondo il numero di CDC spoke per area territoriale,
- adeguamento strutturale e funzionale delle Case della Salute esistenti per rispondere agli standard previsti rispettivamente per le Case di Comunità Hub e Spoke, rispettivamente:

**o HUB**

- ✓ Servizi di cure primarie erogati attraverso equipe multidisciplinari in cui accanto ai MMG operanti all'interno o collegati in rete alla CdC siano presenti Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri di Famiglia e Comunità, e altri operatori sanitari e sociosanitari
- ✓ Assistenza medica sulle 24 h e infermieristica sulle 12 h 7 giorni/7
- ✓ Punto Unico di Accesso sanitario e sociale
- ✓ Punto prelievi
- ✓ Programmi di screening
- ✓ Servizi diagnostici per il monitoraggio della cronicità anche attraverso strumenti di telemedicina
- ✓ Servizi specialistici per le patologie ad alta prevalenza
- ✓ Servizi infermieristici tra cui attività dell'infermiere di famiglia e comunità
- ✓ Sistema di prenotazione collegato al CUP aziendale
- ✓ Servizio di assistenza domiciliare di base

- ✓ Relazione con le strutture di cure intermedie
- ✓ Programmi di partecipazione della comunità e valorizzazione della coproduzione;

**o SPOKE**

- ✓ Servizi di cure primarie erogati attraverso equipe multidisciplinari in cui accanto ai MMG operanti all'interno o collegati in rete alla CdC siano presenti Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri di Famiglia e Comunità, e altri operatori sanitari e sociosanitari
- ✓ Assistenza medica sulle 12 h e infermieristica sulle 12 h 6 giorni/7
- ✓ Punto Unico di Accesso sanitario e sociale
- ✓ Alcuni servizi specialistici per le patologie ad alta prevalenza
- ✓ Programmi di screening
- ✓ Collegamento con Casa della Comunità HUB di riferimento
- ✓ Sistema di prenotazione collegato al CUP aziendale
- ✓ Programmi di partecipazione della comunità e valorizzazione della coproduzione.

Questi obiettivi saranno declinati con la progettazione e realizzazione degli interventi strutturali necessari (rispettivamente costruzione o adeguamento/potenziamento) e attivazione di programmazione ad hoc per l'implementazione funzionale-operativa, nelle sedi ad essa deputate, Comitato di Distretto e Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

La programmazione, in accordo e in attuazione delle indicazioni di pianificazione nazionale e regionale e degli Accordi Nazionali per l'Assistenza Primaria, per la Pediatria di Libera Scelta e per la Specialistica Ambulatoriale, avrà lo scopo di:

- far evolvere la comunità professionale che riorganizza la propria attività intorno ai cittadini/pazienti per garantire servizi di più alta qualità e non solo abitare la stessa struttura. La costituzione delle CdC deve quindi prioritariamente mirare a definire comunità professionali stabili, affiatate, competenti e autorevoli;
- attivare processi di presa in carico multidimensionale e integrata in grado di superare la logica prestazionale e settoriale, verso un processo dinamico e proattivo di risposta alle condizioni di cronicità, fragilità, vulnerabilità e non autosufficienza, con risposte appropriate alla molteplicità dei bisogni (sanitari, sociali, abitativi, educativi, di mobilità, di inclusione);
- attivare processi strutturati e caratterizzati da continuità e intersettorialità di partecipazione della comunità e valorizzazione della coproduzione.



### **A1.2 Introduzione Ospedale di Comunità**

L'Ospedale di Comunità (OdC), come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio. L'OdC è una struttura di ricovero breve, che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'OdC, così come chiarito dall'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020, non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità sociosanitarie già esistenti, che hanno altre finalità e destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"). Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di

condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;

- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;

- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

- d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); counselling e educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio. I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità

### **A2. Il contesto sociodemografico di riferimento**

Il Distretto Pianura Ovest comprende 6 comuni dell'area pianura.

La popolazione al 1° gennaio 2020 ammonta a 83.894 abitanti.

Nel 2019 sono stati registrati 563 nati vivi e 878 morti, ma il saldo migratorio (+510) ha compensato il saldo naturale negativo (-315).

Rispetto all'anno precedente ha registrato una tasso di crescita totale del 2,3 x1000 e un tasso di crescita migratoria del 6,1x1000, quest'ultimo inferiore a quello di tutti gli altri distretti. La popolazione straniera rappresenta il 10,8% della popolazione totale (12,5% in Azienda USL).

E' il distretto più giovane dell'AUSL: l'età media (45 anni), la popolazione di età superiore ai 64anni (22,64%) e l'indice di vecchiaia (161,4) sono i più bassi in azienda.

Il numero di famiglie nel 2019 ammonta a 36.356, di queste il 32,9% sono unipersonali, la proporzione più bassa tra i distretti.

Con il 38,6% di popolazione residente in area deprivata o molto deprivata si pone al secondo posto come valore più basso in azienda.

### **A3.1 Relazione di committenza Casa della Comunità**

Nel distretto sono presenti due CdS: la CdS Hub dell'Unione Terre d'Acqua, situata a Crevalcore, attivata nel 2016 ed una CdS spoke attivata recentemente nel comune di Sala Bolognese località Padulle.

Il progetto della nuova CdC di San Giovanni, integrata con OdC, nasce dalla necessità di riqualificare e ridefinire le attività di integrazione dei servizi “ospedale-territorio”, in una logica di continuità. La sua collocazione in prossimità dell'area ospedaliera conferisce alla struttura ancor maggior rilevanza e contribuisce a fornire una risposta adeguata ai bisogni per la popolazione di quel territorio. Attualmente molti dei servizi territoriali sono ospitati all'interno dell'ospedale o in strutture limitrofe che necessitano di un percorso di ristrutturazione o all'interno di spazi anche non definitivi (come ad es. container) con una frammentazione dei percorsi per i cittadini, pertanto, l'intervento in oggetto si propone anche di creare percorsi unitari che riducano gli spostamenti. I servizi e le attività che verrebbero ad essere inseriti in questa struttura riguardano il servizio di assistenza domiciliare infermieristica, l'integrazione della componente sociale, la continuità assistenziale con i suoi ambulatori (consentendo una sinergia organizzativa e professionale con l'OdC), la base operativa dell'infermiere di famiglia, l'attività dell'Usca (attualmente collocata in container) e la presenza della medicina generale con spazi all'interno dedicati alla assistenza primaria da gestire sui percorsi cronicità con attività specialistica (diabetologia/cardiologia).

La nuova CdC spoke di San Giovanni in Persiceto persegue sostanzialmente gli obiettivi di favorire:

- il lavoro delle equipe multiprofessionali in un contesto unitario e non frammentato in spazi distanti,
- l'unitarietà del punto unico di accesso (sociale e sanitario),
- lo sviluppo dell'integrazione fra infermiere di famiglia ed altri servizi di continuità domiciliari e legati alla cronicità,
- l'integrazione nella continuità di cura (MMG, Ospedale, ambulatorio domiciliare)
- lo sviluppo del contributo diretto della medicina generale nel contesto della centrale operativa territoriale,
- lo sviluppo di un punto di ascolto dei cittadini non solo nell'ambito delle attività ospedaliere ma anche territoriale, con partecipazione diretta della comunità e valorizzazione della co-produzione attraverso la partecipazione del volontariato.

### **A3.2 Relazione di committenza Ospedale di Comunità**

La gestione e l'attività nell'OdC saranno basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità igienico sanitaria dell'OdC sarà in capo ad un medico. La responsabilità organizzativo/assistenziale della struttura sarà in capo ad un coordinatore infermieristico.

L'assistenza infermieristica sarà garantita nelle 24 ore con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti assistenti sociali e fisioterapisti. All'interno dell'equipe di cura sarà presente l'Infermiere case-manager di OdC che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: l'infermiere case manager si interfacerà con le Centrali Operative Territoriali in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) sarà garantita per almeno 4 ore al giorno 7 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia.

L'assistenza notturna sarà garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale. I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvederanno alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando la cartella clinico - assistenziale integrata, già inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

All'interno dell'OdC saranno, inoltre, garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, favorendo lo sviluppo dei servizi di telemedicina. A supporto dell'attività di monitoraggio saranno disponibili i seguenti strumenti: defibrillatore, elettrocardiografo portatile/telemedicina, saturimetro, spirometro, emogasanalizzatore, apparecchio per esami POCT, ecografo.

### **A4. Servizi e Personale**

La Casa della Comunità offrirà il servizio agli utenti in orari che consentano il maggior utilizzo della struttura sulla base delle necessità locali e delle prestazioni svolte.

L'OdC garantirà il servizio nelle 24 ore tramite la presenza costante di personale infermieristico supportato da personale OSS.



Sarà presente inoltre:

- personale medico per garantire la responsabilità igienico sanitaria;
- personale infermieristico garantirà l'assistenza infermieristica nelle 24 ore con il supporto degli Operatori Sociosanitari;
- coordinatore infermieristico al quale sarà delegata la responsabilità organizzativo/assistenziale della struttura.

## B. VERIFICA URBANISTICA

### B1. Localizzazione dell'intervento

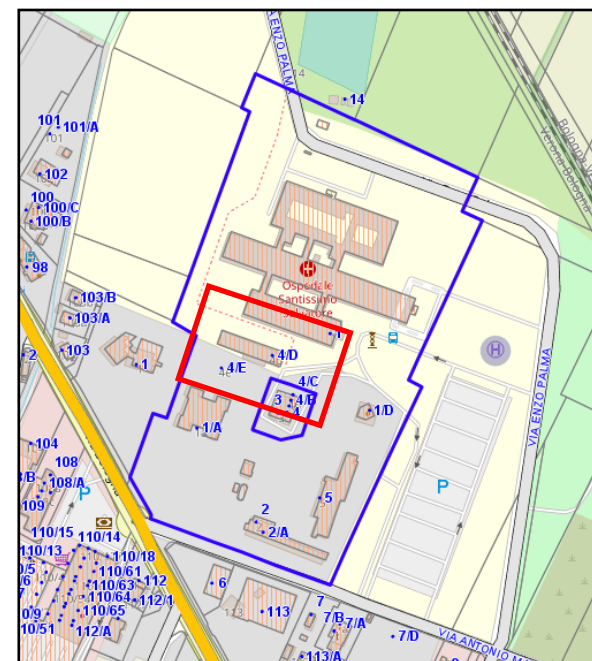
L'intervento si configura come demolizione di edificio esistente e nuova costruzione di edificio.

L'edificio esistente è inserito all'interno dell'area ospedaliera sita in Via Enzo Palma n. 1 nel Comune di San Giovanni in Persiceto ed è costituito da 3 piani fuori terra.

Di seguito si riporta la foto con l'individuazione del fabbricato e la zona oggetto di intervento.



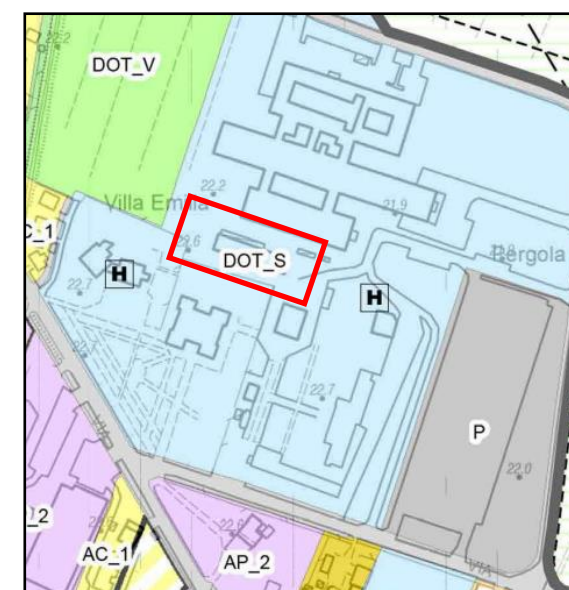
### B2. Dati di sintesi per la verifica urbanistica



#### INDIVIDUAZIONE CATASTALE

L'edificio esistente da demolire è individuato catastalmente al Foglio 91, Mappale 210 Sub 13.

L'area ricade, secondo il RUE, in Territorio urbanizzato DOT\_S Attrezzature di servizio esistenti (Art. 64 RUE)




#### TERRITORIO URBANIZZATO

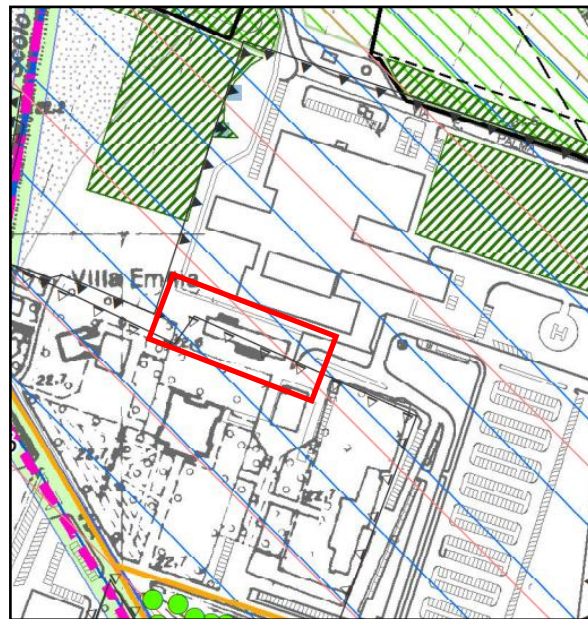
DOT\_S, Attrezzature di servizio esistenti (Art. 64 RUE)




#### DOTAZIONI TERRITORIALI ESISTENTI (Art. 64 del RUE)

 Attrezzature socio-sanitarie


#### ANALISI DEI VINCOLI SECONDO IL PSC



#### AREE INTERESSATE DA RISCHIO NATURALI


 Aree potenzialmente inondabili (Art. 61 NTA PSC)

#### AEROPORTO


 Zone aeroportuali -valutazione specifica di ENAC (tavola PC01C "Mappe di Vincolo")



#### TERRITORIO URBANIZZATO

 Ambiti a prevalente destinazione residenziale ad assetto urbanistico consolidato (Art. 30 NTA PSC)

#### ELEMENTI MORFOLOGICO NATURALISTICI DEL TERRITORIO

 Sistema forestale e boschivo (Art. 46 NTA PSC)

#### VERIFICA CONFORMITA' EDILIZIA:

- DIA prot 54061 del 16/11/2007
- Autorizzazione ai sensi della L. 31/02 art.7 Pratica n. 45248 del 10/04/2012

Il Comune in data 02/12/2021 ha confermato l'ammissibilità del progetto proposto in relazione agli strumenti di pianificazione territoriale.

Si evidenzia che qualora nel corso dello sviluppo del progetto si manifestassero criticità nel rispetto di alcuni standard sarà comunque possibile attivare la procedura di deroga ai sensi dell'art.56 del Decreto Legge 31 maggio 2021 n.77, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021 n.108:

*"Per i programmi di edilizia sanitaria indicati nel PNRR di competenza del Ministero della salute e riconducibili alle ipotesi di cui all'articolo 10, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380, nonché per il programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, limitatamente al periodo di attuazione del PNRR, il permesso di costruire può essere rilasciato in deroga alla disciplina urbanistica ed alle disposizioni di legge statali e regionali in materia di localizzazione delle opere pubbliche; i medesimi programmi, ove riconducibili alle ipotesi di cui all'articolo 22 del*



*medesimo decreto del Presidente della Repubblica n. 380 del 2001, possono essere eseguiti in deroga alle disposizioni di cui al citato decreto del Presidente della Repubblica, delle leggi regionali, dei piani regolatori e dei regolamenti edilizi locali, fermo restando il rispetto delle disposizioni, nazionali o regionali, igienico sanitarie, antisismiche, di prevenzione incendi e di statica degli edifici, di tutela del paesaggio e dei beni culturali, di quelle sui vincoli idrogeologici nonché di quelle sul risparmio energetico.”*

**B3. Descrizione dei requisiti principali dell’opera in ambito di sostenibilità ambientale e di compatibilità paesaggistica. Collegamenti con il contesto, in riferimento alla verifica dei vincoli ambientali – storici – archeologici – paesaggistici interferenti sulle aree.**

Tutti gli interventi qui descritti verranno condotti tenendo nella massima considerazione gli aspetti di sostenibilità ambientale e di risparmio energetico, in linea con l’attenzione all’ambiente e alla salvaguardia delle risorse contenuta nelle più recenti emanazioni normative. Il riferimento, evidentemente, è soprattutto ai CAM, Criteri Ambientali Minimi, introdotti con la Legge 221/2015 e poi aggiornati con il D.M. 11/01/2017, per quanto attinente ed applicabile nel particolare contesto di cui sopra.

Lo sviluppo del progetto sarà coerente con i principi e gli obblighi specifici del PNRR relativamente al principio del “Do No Significant Harm” (DNSH), per le parti applicabili allo specifico intervento nel contesto in cui è inserito.

## C. ORGANIZZAZIONE E DIMENSIONAMENTO DEL PROGETTO

### C1. Stato di fatto

Attualmente sull’area oggetto di intervento insiste un vecchio fabbricato (139C-Ex-Officine-Magazzino dispensa) a servizio dell’ospedale, utilizzato solo parzialmente da uffici.

Tale edificio costruito negli anni ’70, è realizzato in muratura portante intonacata e solai in laterocemento, è costituito da tre piani fuori terra per una superficie complessiva lorda di mq 1040. E’ prevista la demolizione e successiva costruzione del nuovo edificio nella stessa area di sedime, con dimensioni e sagoma differenti.



### C2. Progetto inquadramento generale

Il progetto complessivo (CdC e OdC) prevede di realizzare nell’area del complesso ospedaliero di San Giovanni in Persiceto sul sedime del vecchio fabbricato (Officina Magazzino Dispensa), un nuovo edificio sviluppato su due piani per un totale di circa 1660 mq, oltre gli spazi tecnologici, previsti in copertura per circa 350 mq.

Il progetto nasce come potenziamento dei servizi territoriali, prevedendo la realizzazione di un edificio nel quale sarà realizzata una nuova Casa della Comunità, connessa alla Casa della Salute di Crevalcore (struttura Hub del Distretto, che conta complessivamente circa 83.000 abitanti) e di un Ospedale di Comunità.

I due progetti sono, quindi, necessariamente connessi ed integrati tra loro, condividendo le parti comuni e gli impianti.

Il nuovo edificio sarà così strutturato:

- al piano terra si prevede la realizzazione della CdC;
- al piano primo sarà collocato l’OdC con n.20 posti letto;
- sulla copertura saranno previsti spazi tecnologici per ospitare gli impianti meccanici di climatizzazione e ricambio dell’aria ed i quadri generali degli impianti elettrici e speciali della struttura.

#### C2.1 Progetto Casa della Comunità

La **nuova Casa della Comunità** (*spoke*) opererà in raccordo e connessione con la Casa della Salute di Crevalcore (struttura *hub* del distretto che conta complessivamente circa 83.000 abitanti). Il

progetto prevede la realizzazione degli spazi per la continuità assistenziale, ambulatori di MMG, ambulatori specialistici e attività di supporto e un nuovo CUP.

Il nuovo corpo sarà progettato e costruito secondo gli standard più moderni in tema di sicurezza, comfort ed in linea con le ultime linee guida emanate dallo Stato e dalla Regione in materia di Case della Salute/Case della Comunità. Nella definizione del progetto si è tenuto conto anche delle linee di indirizzo contenute nella bozza del DM71.

### **C2.2 Progetto Ospedale Comunità**

Per il **nuovo Ospedale di Comunità** si prevede la realizzazione di 9 stanze a 2 posti letto e 2 stanze ad 1 posto letto, tutte dotate di servizio igienico, oltre a tutti i servizi di supporto secondo le linee di indirizzo della DGR 221/2015 relativa all'accreditamento del dipartimento di cure primarie. Nella definizione del progetto si è tenuto conto anche delle linee di indirizzo contenute nella bozza del DM71.

### **C2.3 Progetto aspetti comuni**

Stante la demolizione del fabbricato esistente, per evitare in futuro rilevanti problematiche di continuità nella distribuzione dei fluidi, si prevede lo spostamento dei sottoservizi impiantistici (rete riscaldamento, rete ACS, ecc.) attualmente interrati sotto il fabbricato esistente e che vanno a servire altri immobili del complesso: SPDC, laboratorio analisi e villa Emilia. Particolare attenzione verrà posta per evitare interferenze con la linea MT, che si trova in prossimità del fabbricato.

La centrale termica è in grado di soddisfare le esigenze emergenti associate all'intervento in oggetto, mentre la centrale frigorifera, pur avendo adeguata potenzialità complessiva, necessità di interventi di rinnovamento e ottimizzazione distributiva.

La struttura è già dotata di una centrale di decompressione ossigeno e di produzione vuoto endocavitario dalle quali verranno derivati gli impianti a servizio dell'Ospedale di Comunità.

Il gruppo elettrogeno esistente risulta adeguato a servire le utenze del nuovo edificio, risulta altresì adeguata la potenza della cabina MT.

L'edificio garantirà bassi consumi energetici, secondo le direttive europee (edificio nZEB ad energia quasi zero) e nel rispetto delle recenti normative regionali, nonché delle disposizioni applicabili contenute nella circolare RGS\_DNSH n. 32/2021.

Infine, si evidenzia che la potenzialità edificatoria del comparto dell'Ospedale di S. Giovanni garantisce la realizzazione delle superfici aggiuntive richieste dai due progetti.

Si precisa in ultimo che gli interventi in oggetto, Casa della Comunità e Ospedale di Comunità, **saranno necessariamente attuati unitariamente**, sia a livello di progettazione che di realizzazione,

mentre verranno **mantenuti distinti gli aspetti economici e finanziari**, anche al fine di mantenere differenziate le fonti finanziarie.

I lavori consistono in:

#### Opere Strutturali

Il nuovo fabbricato avrà una struttura portante intelaiata, pertanto, si prevede la realizzazione:

- di una struttura a telaio su fondazione a platea/travi rovesce;
- di solai intermedi e di copertura in laterocemento tipo predalles;
- dei blocchi dei vani ascensori e vani scale con setti portanti in cemento armato.

In sede di progettazione definitiva/esecutiva si potranno valutare anche sistemi strutturali alternativi.

#### Opere Edili

Il nuovo corpo sarà progettato e costruito secondo gli standard più moderni in tema di sicurezza, confort e in linea con le ultime linee guida emanate dallo Stato e Regione in materia di Case della Salute/Comunità e di Ospedali di Comunità, anche tenendo conto degli indirizzi contenuti nella bozza di DM71.

L'ampliamento in progetto sarà realizzato nel rispetto delle attuali normative europee e regionali in materia di contenimento dei consumi energetici; le nuove strutture saranno del tipo classificato "nZEB", a consumo quasi zero minimizzando l'incidenza dei consumi per il riscaldamento, il raffrescamento, la ventilazione, la produzione di acqua calda e di energia elettrica.

Si presterà pertanto particolare attenzione alla progettazione sostenibile dei volumi, dell'involucro edilizio, degli affacci e delle ombreggiature.

Il progetto della nuova struttura si sviluppa su due piani fuori terra e gli impianti tecnologici (in particolare l'unità di trattamento aria) saranno posti sul piano di copertura.

Le finiture esterne saranno realizzate con tamponamento in termoblocco e cappotto isolante per garantire l'adeguato confort ambientale interno e garantire il rispetto delle nuove normative sul risparmio energetico.

Le partizioni interne saranno realizzate in cartongesso e le finiture saranno prevalentemente in tinta lavabile per i locali del personale e di servizio, a smalto per gli ambienti ambulatoriali e per le stanze di degenza e spazi comuni, piastrellate per i servizi igienici e vuota.

La pavimentazione sarà in ceramica per tutti gli ambienti ad eccezione dei locali di riabilitazione (palestra) e delle degenze, dove verrà prevista una pavimentazione resiliente.



Saranno utilizzati infissi ad alte prestazioni termoisolanti ed acustiche con vetri bassi emissivi, conformi ai nuovi standard per garantire il contenimento dei consumi energetici.

#### Opere impiantistiche

##### *Impianti meccanici*

Nella progettazione degli impianti oltre alla qualità, all'efficienza, alla sicurezza e alla economicità dei componenti, si assumerà come obbiettivo fondamentale la massima sostenibilità ambientale. I criteri di valutazione ai quali si farà riferimento sono i seguenti:

- Mantenimento di idonea qualità dell'aria interna, con il rispetto dei dettami di accreditamento e delle norme applicabili, con particolare riferimento alla norma UNI 10339;
- Pieno rispetto delle prestazioni previste per un edificio "nZEB" sia in riferimento ai consumi energetici sia in riferimento all'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili, secondo le prescrizioni della DGR n.1383/ 2020 "Atto di coordinamento tecnico regionale per la definizione dei requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici – Testo coordinato".

*Impianti di climatizzazione:* per la climatizzazione invernale ed estiva si prevedranno impianti delle seguenti tipologie:

- condizionamento invernale/estivo con radiatori ed aria primaria (dimensionato per l'abbattimento dei carichi estivi) per i locali principali quali ambulatori, spazi di supporto, studi, uffici e per spazi connettivi ed attese, eventualmente integrati con impianti a ventilconvettori nel caso in cui i carichi termici, nei mesi estivi, siano tali da non consentire il raggiungimento del comfort termico richiesto;
- nelle stanze di degenza si valuterà la possibilità di inserire i pannelli radianti a soffitto o in alternativa i radiatori, ed impianto ad aria primaria (eventualmente dimensionato per l'abbattimento dei carichi estivi nel caso si opti per l'installazione di radiatori);
- riscaldamento a radiatori ed aria primaria per gli spogliatoi;
- riscaldamento a radiatori ed aspirazione forzata per servizi igienici e docce degli spogliatoi;
- riscaldamento a radiatori per vani scala e locali di servizio non presidiati quali depositi ed archivi.

*Impianti di trattamento dell'aria:* Per tutte le aree di qualunque destinazione, ove è prevista la presenza di persone, saranno realizzati impianti ad aria primaria, con immissione di aria esterna opportunamente trattata nelle quantità previste dalle vigenti normative. L'emergenza Covid-19 ha evidenziato l'importanza del ricambio dell'aria in termini di riduzione del rischio di trasmissione di malattie infettive, pertanto, verranno garantiti almeno 4 vol/h di ricambio aria. Le centrali di

trattamento aria, ubicate all'interno di un vano tecnologico, saranno dotate di recuperatore di calore. L'umidificazione dell'aria, nel periodo invernale, sarà ottenuta con iniezione di vapore sterile prodotto con generatori ad alimentazione elettrica con resistenze immerse. Un sistema digitale dedicato provvederà alla gestione del funzionamento delle unità di trattamento aria.

Le canalizzazioni d'aria saranno conformi a disposizioni vigenti secondo DMI 31/03/2003 "Requisiti di reazione al fuoco dei materiali costituenti le condotte di distribuzione e ripresa dell'aria degli impianti di condizionamento e ventilazione".

*Impianto a ventilconvettori:* Per studi, ambulatori ed uffici, ove risultasse necessario in sede progettuale in esito alla puntuale valutazione dei carichi termici, sarà previsto un sistema di integrativo a ventilconvettori.

*Impianto idrico sanitario:* l'alimentazione idrica dell'edificio sarà collegata alla rete di distribuzione idrica dell'ospedale.

*Impianto idrico antincendio:* l'alimentazione idrica antincendio dell'edificio sarà collegata alla rete di distribuzione idrica antincendio dell'ospedale.

*Impianto di distribuzione gas medicali:* l'impianto è derivato dalle centrali gas medicali già presenti in ospedale; sono previste prese O2 e V per ogni posto letto.

*Dispositivi per la gestione ed il controllo degli edifici:* In conformità a quanto previsto dall'"Atto di coordinamento tecnico regionale per la definizione dei requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici – Testo coordinato" saranno previsti dispositivi di automazione degli impianti energetici e tecnici a servizio dell'edificio.

*Rumorosità:* la progettazione terrà conto delle prescrizioni delle Norme UNI 5104. I ventilatori saranno scelti in modo che la rumorosità nei locali non superi i livelli massimi da normativa, in assenza di altre sorgenti. Il rumore prodotto da tutte le sorgenti sonore derivanti da postazioni fisse quali pompe, UTA, etc. sarà mantenuto nei limiti di comfort acustico rispetto all'esterno (ed all'interno) come prescritto dal DPCM 14.11.97, e da eventuali regolamenti locali integrativi.

#### Impianti Elettrici

Gli impianti elettici nei locali medici saranno realizzati nel rispetto della norma CEI 64-8/7, in particolare gli ambulatori e le camere di degenza verranno realizzati secondo le indicazioni per i locali medici di gruppo 1. La rete di distribuzione prevedrà il quadro generale di piano e centraline di locale.

L'illuminazione ordinaria e di emergenza sarà realizzata con corpi illuminanti a LED nel rispetto della norma UNI EN 12464-1/2011.

La presente relazione si prefigge lo scopo di indicare gli elementi utili ad individuare i luoghi di installazione con le caratteristiche principali ed i vincoli di maggiore rilievo, l'impiantistica elettrica e speciale che dovrà essere prevista nell'ambito della progettazione della struttura.

In particolare, i criteri ispiratori sono:

- I locali medici, ambulatori generici e degenze, sono classificati secondo CEI 64-8 sono di gruppo 1; tutti gli altri locali saranno di gruppo 0 o ordinario.
- la rete elettrica sarà derivata da quella di distribuzione principale dell'ospedale già dotato di gruppo elettrogeno;
- la presenza di un gruppo statico di continuità per alimentare gli impianti di sicurezza, gli ausiliari di sgancio, l'impianto di supervisione, le postazioni di lavoro della zona CUP e l'impianto per la gestione delle attese (schermi ed erogatori ticket);
- l'adozione di apparecchiature particolarmente efficienti e a basso consumo (apparecchi illuminanti con reattore elettronico e lampade a basso consumo e a LED con sistema di gestione automatico in funzione della luce naturale e della presenza per ambulatori, degenze e uffici);
- un impianto illuminazione di sicurezza realizzato con plafoniere autoalimentate gestite da centrale per diminuire la manutenzione;
- accensione illuminazione bagni con rilevatori di presenza;
- un impianto rilevazione fumo e un impianto EVAC di diffusione sonora (fra loro collegati) e connessi al sistema di supervisione presente nell'ospedale;
- cablaggio strutturato per la rete dati e telefono, con parti attive;
- impianto antintrusione e di videosorveglianza a circuito chiuso TVCC;
- impianto videocitofonico;
- impianto controllo accessi e richiesta di udienza per ambulatori;
- impianto fotovoltaico;
- supervisione degli impianti meccanici, elettrici e speciali.

*Stazione di emergenza per l'alimentazione in continuità in tempo zero:* l'alimentazione di parte dell'illuminazione di sicurezza (tempo 0) e di quelle utenze che per funzionalità necessitano della continuità di esercizio, verrà ottenuta con un gruppo di continuità statico. Le batterie saranno dimensionate per garantire un'autonomia di un'ora.

*Impianti per la sicurezza.* Data la presenza di luoghi e attività con rischio specifico ai fini della prevenzione incendi, sono previsti particolari impianti e apparecchiature per la sicurezza alimentati

sia da rete che dalle sorgenti di continuità con intervento in tempo zero al mancare della tensione di rete.

*Impianto di rilevazione fumo:* l'impianto di rilevazione incendio sorveglierà tutti gli ambienti e i vani del controsoffitto ispezionabile. L'impianto sarà di tipo analogico e completamente indirizzato in modo tale da individuare il locale o gruppo di locali dove si sviluppa un principio di incendio. I rilevatori puntiformi saranno dotati di doppia tecnologia (ottica e termovelocimetrica) conformi alla norma CEI EN 54-7.

#### D. STIMA DEI TEMPI DI REALIZZAZIONE

A partire dall'autorizzazione regionale all'avvio del procedimento si stimano i seguenti tempi di realizzazione dell'intero fabbricato, nel rispetto delle milestone previste per il finanziamento:

PROGETTAZIONE DEFINITIVA PER GARA, VERIFICA E VALIDAZIONE: ENTRO 31.12.2022

AVVIO GARA APPALTO E STIPULA CONTRATTO: ENTRO 30 GIUGNO 2023

PROGETTO ESECUTIVO, VERIFICA E APPROVAZIONE: ENTRO SETTEMBRE 2023

ESECUZIONE DELLE OPERE: ENTRO 31 DICEMBRE 2025

COLLAUDI E ATTIVAZIONE DELLA STRUTTURA: 6 MESI.

Complessivamente, per avere le opere ultimate si prevedono, dunque, circa 49 mesi.

Tale tempistiche valgono per entrambi i progetti rappresentati.

#### E. STIMA DEI COSTI

Per la realizzazione del nuovo edificio che comprende Casa della Comunità e Ospedale di Comunità sono state richieste due separate linee di finanziamento e pertanto si è proceduto alla definizione di due stime economiche separate:

- Per la casa della comunità l'importo totale dei lavori, comprensivo degli oneri per la sicurezza e delle somme a disposizione, è stimato in **2.160.000 €**;
- Per l'ospedale di Comunità l'importo totale dei lavori, comprensivo degli oneri per la sicurezza e delle somme a disposizione, è stimato in **2.700.000,00€**.

Tali stime sono state redatte a partire dagli schemi grafici progettuali, attribuendo un costo parametrico differenziato, determinato sulla base di valori attualizzati, in relazione alla tipologia di



intervento da realizzare. Si evidenzia che è stata altresì valutata l'incidenza delle attrezzature biomediche ed informatiche nonché degli arredi.

Le valutazioni eseguite portano ai quadri economici di sintesi sottoindicati.

### **E.1 STIMA DEI COSTI CASA DELLA COMUNITA'**

CASA DELLA COMUNITA' DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO - NUOVA COSTRUZIONE CON DEMOLIZIONE (CUP E51B22000790006)	
QUADRO ECONOMICO	IMPORTI
IMPORTO LAVORI COMPRENSIVI DI IVA	
Lavori, sicurezza e somme a disposizione	2.130.000
IMPORTI APPARECCHIATURE COMPRENSIVI DI IVA	
Apparecchiature sanitarie	30.000
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>2.160.000</b>
COSTI PARAMETRICI	
Importo complessivo con apparecchiature sanitarie (€/mq)	2.602
superficie lorda lavori (mq)	830

### **E.2 STIMA DEI COSTI OSPEDALE DI COMUNITA'**

OSPEDALE DI COMUNITA' DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO - NUOVA COSTRUZIONE CON DEMOLIZIONE (CUP E51B22000760006)	
QUADRO ECONOMICO	IMPORTI
IMPORTO LAVORI COMPRENSIVI DI IVA	
Lavori, sicurezza e somme a disposizione	2.605.000
IMPORTI APPARECCHIATURE COMPRENSIVI DI IVA	
Apparecchiature sanitarie	95.000
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>2.700.000</b>
COSTI PARAMETRICI	
Importo complessivo con apparecchiature sanitarie (€/mq)	2.288
superficie lorda lavori (mq)	1.180

## F. SOSTENIBILITA' GESTIONALE DELL'INTERVENTO

La stima dei costi di gestione è effettuata per via parametrica con indici di costo medi di strutture analoghe attualmente gestite. Le aree oggetto di intervento sono di nuova realizzazione e di conseguenza l'attivazione di tali spazi induce costi emergenti. Per il personale è stata fatta una specifica valutazione dei nuovi fabbisogni e dei relativi costi. I costi cessanti derivano dalla demolizione del fabbricato esistente, ancora parzialmente utilizzato, e dalla dismissione di un prefabbricato che attualmente ospita alcuni ambulatori che verranno trasferiti nella nuova struttura. Si riportano di seguito le tabelle riassuntive dei costi emergenti e cessanti.

### CASA DELLA COMUNITA'

CASA DELLA SALUTE					
COSTI EMERGENTI					
MANUTENZIONE		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	Casa della Salute	800	19,00	€ 15.200,00	€ 15.200,00
CONSUMI		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	Casa della Salute	800	27,00	€ 21.600,00	€ 21.600,00
RIFIUTI, LAVANOLO, PULIZIE		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	Casa della Salute	800	67,50	€ 54.000,00	€ 54.000,00
APPARATI INFORMATICI ATTIVI		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	Casa della Salute	800	9,00	€ 7.200,00	€ 7.200,00
	Locali tecnici, terrazze	0	compresi		
PERSONALE		numero	costo (€/n.)	totale	
	personale infermieristico	17	40.000,00	€ 680.000,00	€ 1.126.200,00
	fisioterapisti	4	40.000,00	€ 160.000,00	
	dietista	1	40.000,00	€ 40.000,00	
	OSS/pers. Accoglienza	5	30.000,00	€ 150.000,00	
	personale medicoass primaria	208	35,00	€ 7.280,00	
	personale medico (n. ore)	1976	45,00	€ 88.920,00	
totale COSTI EMERGENTI					1.224.200,00 €
COSTI CESSANTI					
MANUTENZIONE		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	Poliambulatorio	687	-19,00	-€ 13.053,00	-€ 13.053,00
CONSUMI		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	Poliambulatorio	687	-27,00	-€ 18.549,00	-€ 18.549,00
RIFIUTI, LAVANOLO, PULIZIE		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	Poliambulatorio	687	-67,50	-€ 46.372,50	-€ 46.372,50
APPARATI INFORMATICI ATTIVI		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	Poliambulatorio	687	-9,00	-€ 6.183,00	-€ 6.183,00
totale COSTI CESSANTI					-84.157,50 €
TOTALE COMPLESSIVO ANNUO					1.140.042,50 €

I costi gestionali sopra riportati per la porzione di edificio della casa della salute rappresentano la spesa diretta necessaria alla nuova attività, che comporta un potenziamento dei servizi e l'ampliamento di spazi ed attrezzature disponibili nella nuova Casa della Salute. I costi emergenti per la manutenzione delle tecnologie biomediche sono irrilevanti (inferiori a € 1.000/anno).

### OSPEDALE DI COMUNITA'

OSPEDALE DI COMUNITA'					
COSTI EMERGENTI					
MANUTENZIONE		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	OSCO	800	19,00	€ 15.200,00	€ 16.200,00
	Locali tecnici, depositi, terrazze	200	5,00	€ 1.000,00	
CONSUMI		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	OSCO	800	27,00	€ 21.600,00	€ 22.000,00
	Locali tecnici, depositi, terrazze	200	2,00	€ 400,00	
RIFIUTI, LAVANOLO, PULIZIE		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	OSCO	800	67,50	€ 54.000,00	€ 54.000,00
	Locali tecnici, depositi, terrazze	200	compresi		
APPARATI INFORMATICI ATTIVI		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	OSCO	800	9,00	€ 7.200,00	€ 7.200,00
	Locali tecnici, depositi, terrazze	200	compresi		
RISTORAZIONE			costo giornata alimentare/pasto	totale	
	degenti (n. giornate)	7300	13,42	€ 97.966,00	€ 122.581,60
	operatori (n. pasti)	4380	5,62	€ 24.615,60	
PERSONALE		numero	costo (€/n.)	totale	
	personale infermieristico	12	40.000,00	€ 480.000,00	€ 905.520,00
	personale OSS	10	32.000,00	€ 320.000,00	
	fisioterapisti	1	40.000,00	€ 40.000,00	
	personale medico (n. ore)	1456	45,00	€ 65.520,00	
totale COSTI EMERGENTI					1.127.501,60 €
COSTI CESSANTI					
MANUTENZIONE		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	Poliambulatorio	448	-19,00	-€ 8.512,00	-€ 11.022,00
	Locali tecnici, parcheggi, terrazze	502	-5,00	-€ 2.510,00	
CONSUMI		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	Poliambulatorio	448	-27,00	-€ 12.096,00	-€ 13.100,00
	Locali tecnici, parcheggi, terrazze	502	-2,00	-€ 1.004,00	
APPARATI INFORMATICI ATTIVI		Sup. (mq)	costo (€/mq)	totale	
	Poliambulatorio	448	-9,00	-€ 4.032,00	-€ 4.032,00
	Locali tecnici, parcheggi, terrazze	502	compresi		
totale COSTI CESSANTI					-28.154,00 €
TOTALE COMPLESSIVO ANNUO					1.099.347,60 €



I costi gestionali sopra riportati per la porzione di edificio destinata all'ospedale di comunità rappresentano la spesa diretta necessaria alla nuova attività. Il modello di assistenza territoriale e i relativi standard, come delineati nei documenti di indirizzo di Agenas e coerenti con quanto previsto nel PNRR, determinano inevitabilmente un incremento della spesa sanitaria per le cure territoriali; tuttavia, tale incremento va analizzato in termini di positiva ricaduta, anche di natura economica, sull'assistenza ospedaliera. La disponibilità di strutture per le cure intermedie indurrà una diminuzione dei ricoveri ospedalieri in relazione sia ai ricoveri inappropriati sia all'ospedalizzazione a lungo termine. Inoltre, sarà possibile una riduzione dell'occupazione di posti letto presso le strutture ospedaliere private accreditate

## **G. VERIFICA DELLA POSSIBILITÀ DI REALIZZAZIONE MEDIANTE I CONTRATTI DI PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO DI CUI ALL'ARTICOLO 3, COMMA 1-EEE), DEL CODICE**

Come ipotesi principale di finanziamento dell'opera si è valutato di ottenere finanziamenti statali e regionali nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) i quali, se concessi, consentiranno di realizzare integralmente l'opera e risultano lo strumento più opportuno anche rispetto ad un partenariato pubblico privato

## **H. ANALISI DELLE POSSIBILI ALTERNATIVE RISPETTO ALLA SOLUZIONE REALIZZATIVA INDIVIDUATA**

### ***H1 Ospedale di Comunità***

L'individuazione della sede più idonea per realizzare l'ospedale di comunità di riferimento del Distretto Pianura Ovest si è basata su un'attenta analisi delle strutture sanitarie esistenti nell'area.

Si è ritenuto, infatti, poter collocare l'ospedale in prossimità di strutture già attive ed eroganti servizi territoriali o ospedalieri.

**1<sup>A</sup>IPOTESI:** Inserire l'ospedale di Comunità all'interno della Casa della Salute Terre d'Acqua a Crevalcore. La CdS è la struttura hub di riferimento del Distretto, l'unica di dimensioni del distretto di rilevante dimensione ed ospitante al suo interno una CRA. L'ipotesi vagliata prevedeva una divisione dell'attuale CRA in due aree: un'area sarebbe rimasta come casa di riposo per anziani ed

una parte convertita a OdC. La collocazione presso la CdS avrebbe consentito una forte integrazione nella gestione dei posti letto di cure intermedie con la medicina generale, la continuità assistenziale e le prestazioni specialistiche, comprese quelle radiologiche. Dal punto di vista dell'investimento i costi di adeguamento sarebbero stati contenuti, tuttavia, la soluzione avrebbe comportato una riduzione dei posti letto della CRA e difficoltà tecniche a rendere autonome la struttura per anziani e l'OdC, tenendo conto che l'edificio collocato nel centro storico non può essere ampliato.

**2<sup>A</sup>IPOTESI:** Inserire l'Ospedale di Comunità all'interno del complesso ospedaliero di San Giovanni in Persiceto. L'unica altra struttura del distretto con spazi disponibili alla realizzazione di un OdC è l'ospedale collocato nel Comune di San Giovanni in Persiceto. L'Ospedale è uno degli stabilimenti costituenti il Presidio Unico Ospedaliero Provinciale dell'Azienda Usl di Bologna, secondo il modello *dell'hospital network*. Il complesso è stato realizzato negli anni 90 ed ospita le degenze mediche, organizzate per intensità di cura, le degenze chirurgiche e i DH specialistici ed oncologici. Ha tutte le funzioni principali di un ospedale generale, compreso il PS.

L'attuale organizzazione, alla luce anche delle necessità legate alla gestione pandemica, non consente di ridurre gli attuali posti letto per acuti.

Si è, quindi, dovuto scartare l'ipotesi di conversione di letti di degenza ordinaria in letti di cure intermedie e si è considerato che la realizzazione dell'OdC doveva essere ricercata all'esterno dei blocchi principali.

In adiacenza al blocco di ingresso, che contiene le funzioni di accoglienza e le aree direzionali, è presente un edificio degli anni 70 (antecedente alla costruzione del nuovo ospedale) in gran parte dismesso, che ospita la farmacia ed alcuni uffici residuali. Il fabbricato si sviluppa su tre piani e ha una superficie coperta di circa 500 mq. La demolizione del vecchio edificio, obsoleto ed inefficiente, consente di liberare un'area strategica per estensione, fruibilità e possibilità di collegamento al resto del complesso.

Sull'area libera è possibile costruire un nuovo fabbricato che sarà progettato e costruito secondo gli standard più moderni in tema di sicurezza, confort e sostenibilità ambientale.

Per le motivazioni sopra riportate la soluzione individuata è risultata la migliore in termini di opportunità, costi ed efficienza, tenuto conto anche della scelta, come di seguito illustrata di inserire nel medesimo fabbricato anche la casa della comunità, con le sinergie gestionali ed operative che ciò comporta.

## **H2 Casa della Comunità**

Stante l'esigenza prevista nella programmazione aziendale di potenziare nell'area del distretto i servizi territoriali, in particolare per il Comune di San Giovanni in Persiceto, l'opportunità di realizzare il nuovo fabbricato nel complesso ospedaliero ha fatto optare per inserire nel medesimo edificio anche la Casa della Comunità, risultando tale ipotesi la migliore in termini sia di costi di investimento sia di opportunità ed ottimizzazione organizzativa e gestionale.

### **I. PROCEDURE E VINCOLI PER LA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO**

Il presente studio di fattibilità contiene le analisi dei fabbisogni, gli obiettivi da perseguire e tutti gli elementi essenziali che consentono di procedere allo sviluppo ed elaborazione progettuale delle fasi successive.

Considerati:

- i tempi tassativamente previsti per l'attivazione delle strutture finanziate con i fondi del PNRR (nel cui novero rientra anche la fattispecie in oggetto),
- la complessità della procedura che contraddistingue la realizzazione delle opere pubbliche e dei relativi affidamenti,

valutato altresì che il nuovo fabbricato non contiene elementi di particolare complessità,

si è ritenuto opportuno - ai sensi dell'art.23 comma 4 secondo capoverso del D.Lgs.n.50/2016 s.m.i.

- prevedere come fase successiva alla redazione del presente studio lo sviluppo del progetto definitivo; tale progetto conterrà anche gli elementi previsti per il livello omesso (progettazione di fattibilità tecnico-economica), salvaguardando la qualità della progettazione.

Per la realizzazione dell'intervento si procederà pertanto con i seguenti "step" nel rispetto delle "milestones" fissate dal PNRR:

- Progettazione definitiva (da porre a base della procedura di affidamento dei lavori) da redigere verificare e validare entro il 31.12.2022;
- Ultimazione dei lavori entro 31.12.2025
- Conclusione, collaudazione e attivazione della struttura entro il 30.06.2026.



**INDICE**

CASA DELLA COMUNITA' DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO - NUOVA COSTRUZIONE CON DEMOLIZIONE (CUP E51B22000790006) ..... 1

OSPEDALE DI COMUNITA' DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO - NUOVA COSTRUZIONE CON DEMOLIZIONE (CUP E51B22000760006) ..... 1

INQUADRAMENTO NORMATIVO ..... 1

PREMESSA ..... 1

CARATTERISTICHE FUNZIONALI, TECNICHE, GESTIONALI, ECONOMICO FINANZIARIE DEI LAVORI DA ESEGUIRE ..... 1

A. RELAZIONE DI COMMITTENZA, REQUISITI FUNZIONALI..... 2

**A1.1 Introduzione Casa della Comunità** ..... 2

**A1.2 Introduzione Ospedale di Comunità**..... 4

**A2. Il contesto sociodemografico di riferimento** ..... 4

**A3.1 Relazione di committenza Casa della Comunità** ..... 5

**A3.2 Relazione di committenza Ospedale di Comunità**..... 5

**A4. Servizi e Personale**..... 5

B. VERIFICA URBANISTICA..... 6

**B1. Localizzazione dell'intervento** ..... 6

**B2. Dati di sintesi per la verifica urbanistica**..... 6

**B3. Descrizione dei requisiti principali dell'opera in ambito di sostenibilità ambientale e di compatibilità paesaggistica. Collegamenti con il contesto, in riferimento alla verifica dei vincoli ambientali – storici – archeologici – paesaggistici interferenti sulle aree.** ..... 8

C. ORGANIZZAZIONE E DIMENSIONAMENTO DEL PROGETTO ..... 8

**C1. Stato di fatto** ..... 8

**C2. Progetto inquadramento generale** ..... 8

**C2.1 Progetto Casa della Comunità**..... 8

**C2.2 Progetto Ospedale Comunità** ..... 9

**C2.3 Progetto aspetti comuni**..... 9

D. STIMA DEI TEMPI DI REALIZZAZIONE ..... 11

E. STIMA DEI COSTI ..... 11

**E.1 STIMA DEI COSTI CASA DELLA COMUNITA'** ..... 12

**E.2 STIMA DEI COSTI OSPEDALE DI COMUNITA'** ..... 12

F. SOSTENIBILITA' GESTIONALE DELL'INTERVENTO ..... 13

G. VERIFICA DELLA POSSIBILITÀ DI REALIZZAZIONE MEDIANTE I CONTRATTI DI PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO DI CUI ALL'ARTICOLO 3, COMMA 1-EEE), DEL CODICE..... 14

H. ANALISI DELLE POSSIBILI ALTERNATIVE RISPETTO ALLA SOLUZIONE REALIZZATIVA INDIVIDUATA ..... 14

**H1 Ospedale di Comunità**..... 14

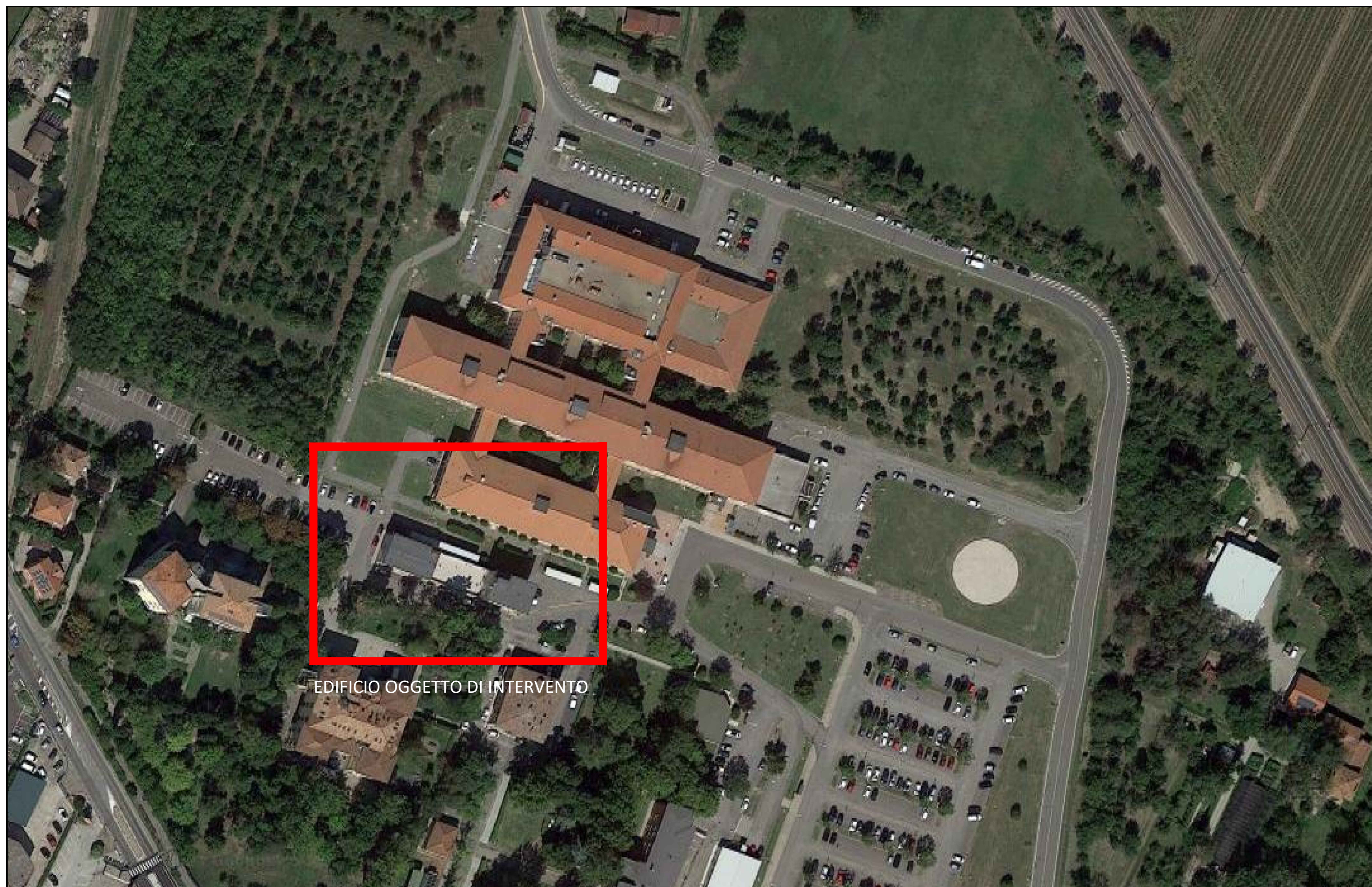
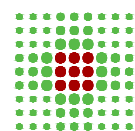
**H2 Casa della Comunità**..... 15

I. PROCEDURE E VINCOLI PER LA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO ..... 15

ALLEGATO 1 - SCHEMI GRAFICI

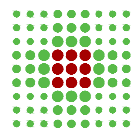
## ALLEGATO 1 - SCHEMI GRAFICI





EDIFICIO OGGETTO DI INTERVENTO





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna  
Dipartimento Tecnico Patrimoniale

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

# ALLEGATO 1 - STATO DI FATTO

## Planimetria- scala 1:1000



DEMOLIZIONE E RICOSTRUZIONE  
IPOTESI NUOVA CASA DELLA SALUTE E  
OSPEDALE DI COMUNITA'

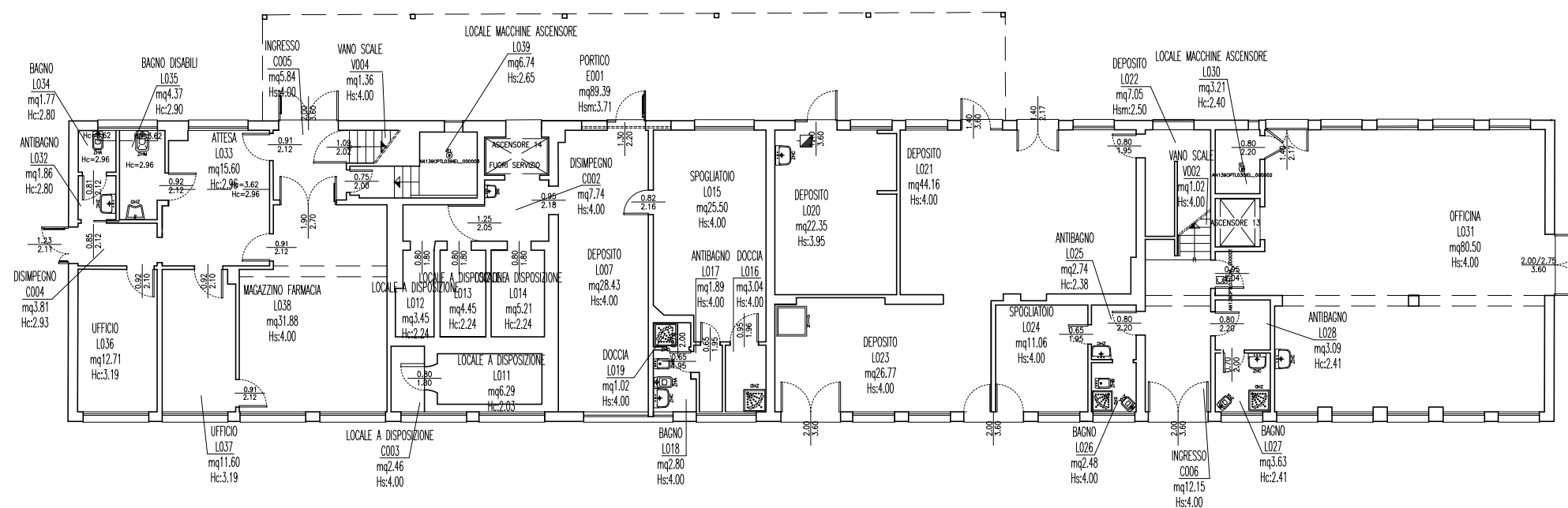


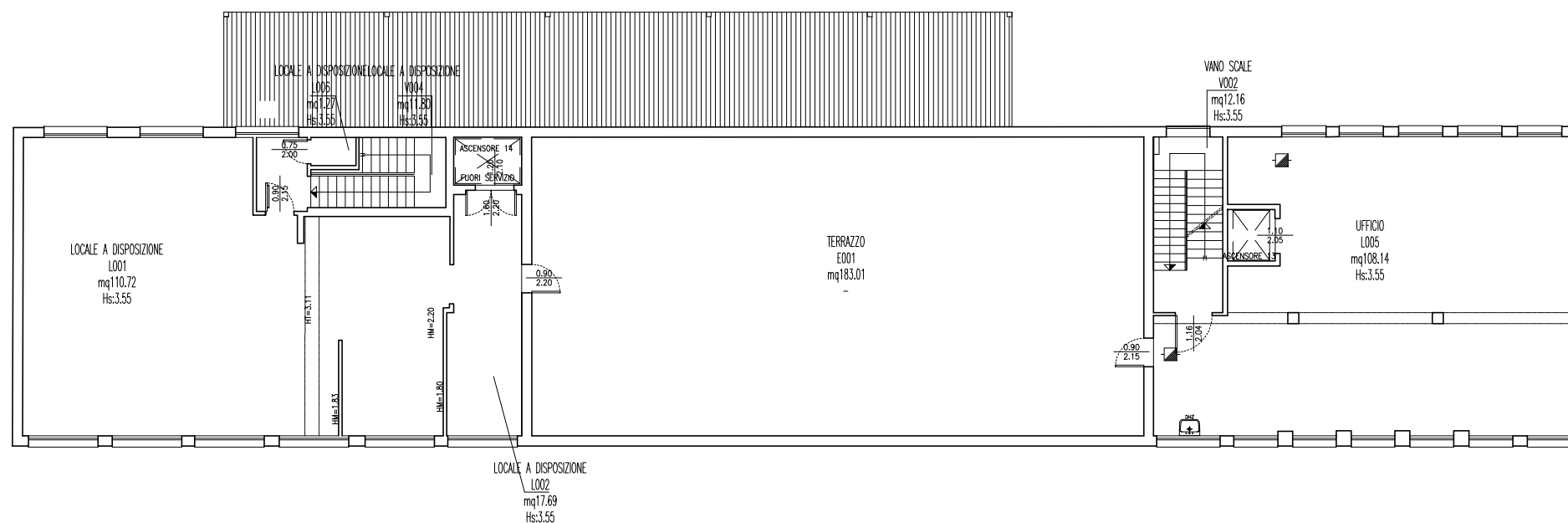
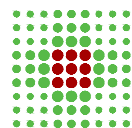


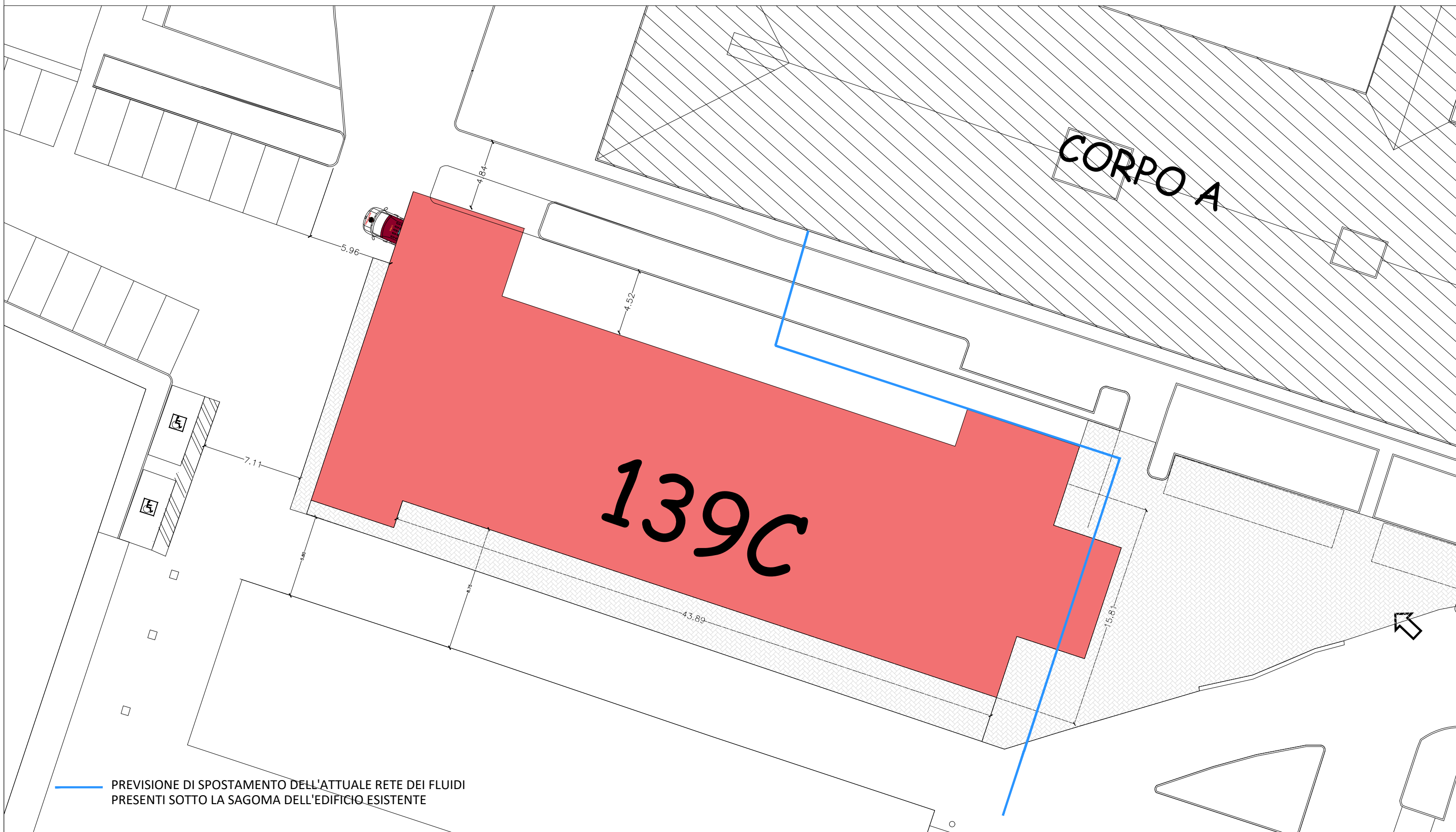
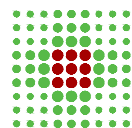


Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

ALLEGATO 1 - STATO DI FATTO  
Piano Terra- scala 1:200

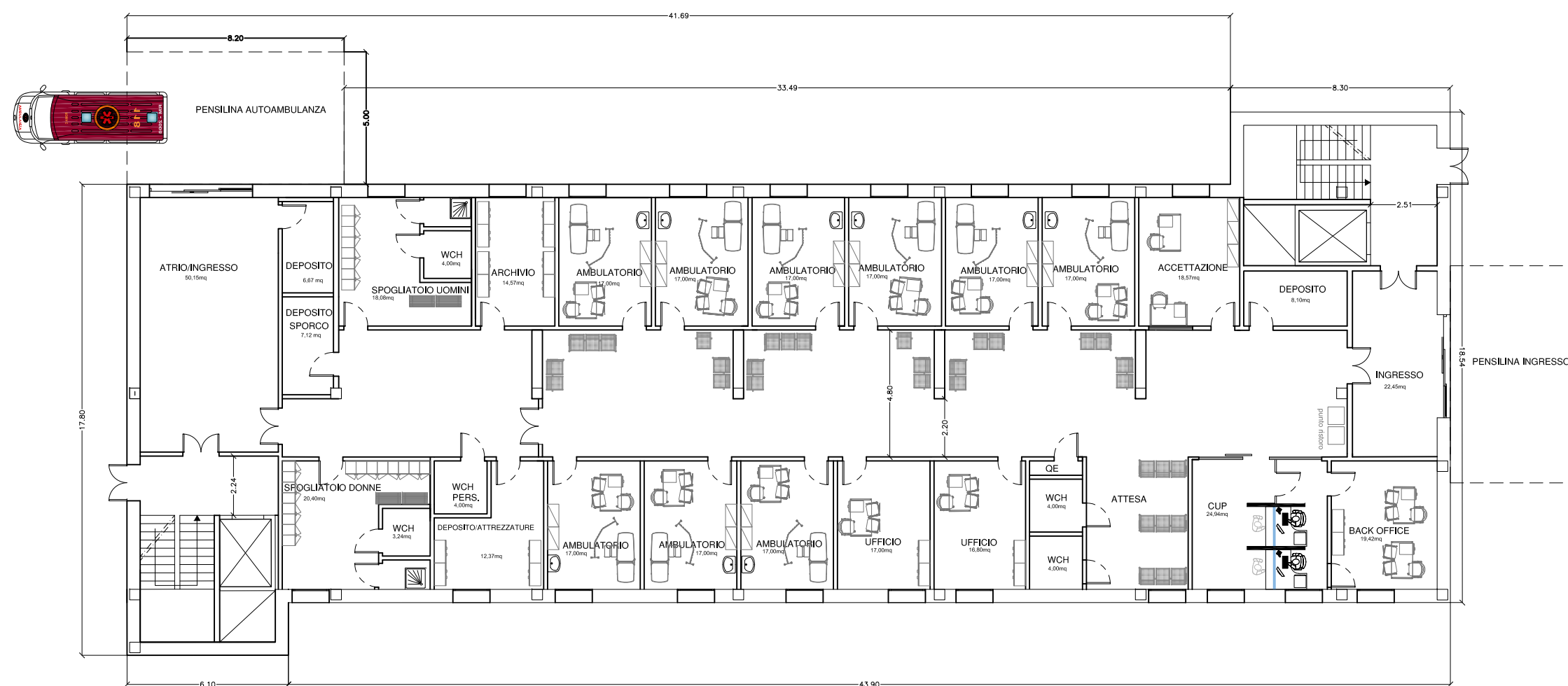


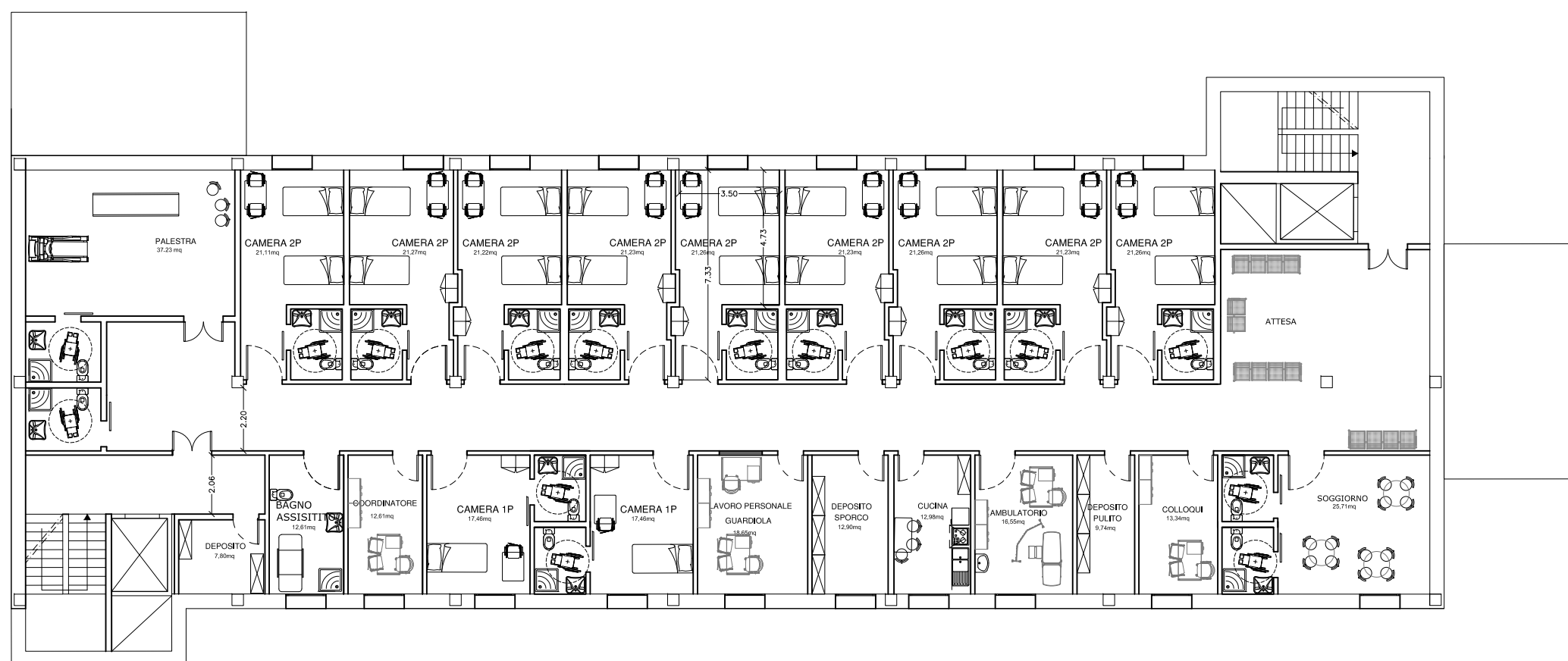




PREVISIONE DI SPOSTAMENTO DELL'ATTUALE RETE DEI FLUIDI  
PRESENTI SOTTO LA SAGOMA DELL'EDIFICIO ESISTENTE









SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna  
Dipartimento Tecnico Patrimoniale

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## ALLEGATO 1 - PROGETTO Piano Secondo- scala 1:200

