

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA- ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna



## PNRR M6C1 – Casa della Comunità di Riccione (RN) – Nuova Costruzione

### STUDIO DI FATTIBILITA' - CUP G81B21007570001



#### COMMITTENTE

##### **DIRETTORE GENERALE**

Dott. Tiziano Carradori

##### **DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Mattia Altini

##### **DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa Agostina Aimola

##### **DIRETTORE DEL DISTRETTO RIMINI**

Dott. Riccardo Varliero

##### **DIRETTORE U.O.C. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO**

Arch. Enrico Sabatini

##### **RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO**

Ing. Roberta Vandì

FEBBRAIO 2022 – rev.2

## 1. CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

### 1.1 Inquadramento del ruolo della Casa di Comunità nell'ambito delle strategie programmatiche sanitarie regionali

Nel giugno 2021, la Direzione Sanitaria dell'Azienda USL della Romagna costituisce un Gruppo di lavoro interdisciplinare Ospedale-Territorio per definire un progetto che individui un **modello** tipo di Casa di Comunità di **base** e un **modello avanzato** di Casa di Comunità avvalendosi dei principi su cui si fonda il sistema Welfare Comunitario di partecipazione e condivisione e soprattutto sui principi emanati dalla Direzione Generale della Commissione Europea nel 2014 (PG SANCO) che definisce Assistenza Primaria come: *"l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da team professionali, in partnership con i pazienti e gli informal caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone"*.

Il gruppo di lavoro analizza in primis la **Delibera Regionale n. 2253 del 2016** "Case della Comunità: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo della Comunità di Professionisti e della Medicina d'iniziativa", i PDTA su Scompenso Cardiaco, Diabete Mellito tipo II, Progetto su BPCO e la mappatura delle Case della Salute già esistenti in Romagna con l'attività svolta in tali strutture.

In Romagna le Case della Comunità funzionanti sono 37.

La pianificazione delle Case della Comunità si pone come esito condiviso fra AUSL e Sindaci, come rappresentanti e garanti dei bisogni della Comunità, nell'ambito delle sedi istituzionali preposte: *Comitato di Distretto e Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria*.

I principi che devono contraddistinguere ogni Casa di Comunità sono l'utilizzo di algoritmi predittivi per la stratificazione della popolazione per profili di rischio con l'obiettivo di differenziare le strategie di interventi per la presa in carico delle cronicità identificando un *core* di attività che possono essere svolte in maniera appropriata in un *setting* delocalizzato, nella direzione di una presa in carico sempre più congiunta fra MMG (medici di medicina generale) e il setting ospedaliero; la medicina di iniziativa quale reclutamento proattivo precoce degli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo

periodo delle attività di assistenza del paziente, le prenotazioni in back office delle prestazioni, il sostegno e il controllo delle complicanze dei pazienti, la prevenzione e promozione della salute e degli stili di vita sani, il lavoro interdisciplinare e la messa in rete di indicatori di monitoraggio ed esito.

Le funzioni delle Case della Comunità sono atte a garantire:

- L'accesso unitario e integrato dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio assistenziale in un luogo prossimo, visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- La lettura e valutazione del bisogno, con indagini epidemiologiche dei territori riferimento della Casa di Comunità e l'accompagnamento alla risposta ragionevolmente appropriata, con realizzazione di reti nella Comunità in grado di intercettare più precocemente forme di disagio;
- L'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari con integrazione fra i diversi servizi
- la partecipazione delle comunità locali, delle associazioni di cittadini e dei caregiver, in particolare nei processi di service design e di audit civico.

Il *core* del modello si basa sul coinvolgimento del Medico di Medicina Generale, che deve strutturalmente entrare nella Casa di Comunità e sulla valorizzazione delle varie competenze professionali, sanitarie e sociali, messe a rete con i Dipartimenti Specialistici territoriali (Sanità Pubblica, Salute Mentale, Cure Primarie) e con i Servizi Specialistici Ospedalieri per garantire una presa in carico integrata.

La popolazione di riferimento, le tipologie e i Servizi delle Case della Comunità

Dalla analisi dei dati disponibili emerge un'ampia variabilità nella popolazione di riferimento delle Case della Comunità; orientativamente la popolazione di riferimento nelle Case della Comunità a bassa complessità è in media inferiore a 20.000 abitanti, mentre la popolazione di riferimento delle Case a media/alta complessità è in media pari a circa 40.000 abitanti, a cui possono corrispondere più Nuclei di Cure Primarie.

**Le Case della Comunità Hub e Spoke** hanno in comune, la presenza dei principali servizi delle Cure Primarie (MMG, PLS, Assistenza Infermieristica e Gestione delle Patologie Croniche, alcuni Specialisti ambulatoriali ed in particolare le branche che gestiscono il follow up delle patologie croniche, le Cure Domiciliari, il Cup, la Telemedicina).

Quindi in comune hanno il ruolo unitario di accesso ai Servizi e di indirizzo al setting di cura appropriato, la medicina di iniziativa per la presa in carico delle cronicità e delle fragilità.

Inoltre entrambi sono luoghi di partecipazione attiva della Comunità.

Le Case Hub, oltre ai Servizi base sopra elencati, si caratterizzano per un portafoglio di prestazioni specialistiche più ricco e differenziato, per la presenza di tecnologie diagnostiche installate (radiologia, ecografia ecc.), per sportelli dedicati alla non autosufficienza e al Servizio Protesica, per la presenza dei Servizi dei Dipartimenti Specialistici Territoriali (Sanità Pubblica, Salute Mentale e Dipendenze, Materno-Infantile, Psicologia di Comunità), per la presenza integrata di Servizi Socio-Assistenziali afferenti al Welfare Sociale, per la presenza di Punti Prelievi.

Nella Casa di Comunità Hub possono essere presenti anche: posti letto di Cure Intermedie (OSCO, subacuto/post acuto) e/o posti letto di Hospice e/o Servizi di riabilitazione e mantenimento funzionale.:

- Ambulatori di osservazione e terapie;
- Punti di Pronto Intervento territoriale;
- Ambulatori di Assistenza Primaria nei giorni pre e festivi diurni.

Di norma i Centri Hub sono aperti sulle 24 ore, i Centri Spoke sulle 12 ore.

Nell'organizzazione delle Case della Comunità a media/alta complessità è necessario individuare un coordinamento non solo all'interno della struttura, ma anche ponte con i Servizi ospedalieri al fine di progettare l'indirizzo più appropriato anche in setting assistenziali non territoriali ma garanti di una risposta unitaria atta alla continuità assistenziale, all'interno di diversi programmi e percorsi condivisi ospedale-territorio.

Ad una Casa di Comunità medio-grande (Hub) possono afferire Case della Comunità piccole (Spoke) oppure diversi nuclei strutturati composti da Medici di Medicina Generale raggruppati in Medicina di gruppo o Nuclei, che devono garantire continuità dell'assistenza primaria per 10-12 ore in una sede dichiarata visibile e in cui deve essere attivata, con personale infermieristico proprio, la gestione integrata della patologia cronica (PDTA diabete II, PDTA scompenso cardiaco ecc.).

#### **Azioni per il 2021**

Istituzione di una Cabina di Regia aziendale che, a partire dal progetto di massima e dallo stato dell'arte attuale, sviluppi una progettazione operativa e ne segua costantemente l'attivazione su tutto il territorio

aziendale.

#### **Perché una Cabina di regia aziendale e permanente:**

- Occorre ricercare una maggiore omogeneità e assicurare equità in ambito aziendale, in sintesi un disegno unitario, in una materia che richiede investimenti rilevanti in termini progettuali, strutturali e in risorse umane, principalmente infermieristiche;
- Occorre definire in ambito aziendale ruoli, responsabilità e funzioni di nuove figure, in primis coloro che si devono occupare della gestione quotidiana di una o più Case della Comunità (es. il Responsabile organizzativo della CdC);
- Sono coinvolti, nell'istituzione e nella costruzione, e saranno coinvolti nella gestione e nella vita quotidiana delle Case della Comunità, diversi Servizi aziendali (i servizi tecnici, le piattaforme amministrative, i servizi sociali dei Comuni ecc.), nei quali si ritiene necessario individuare, o a livello aziendale o a livello degli ambiti territoriali coinvolti, professionisti che si "specializzino" su questo tema specifico;
- Vi è la necessità di fare crescere la cultura organizzativa sia degli operatori che lavorano e che lavoreranno nelle Case della Comunità, sia più in generale nei Servizi sanitari e nei Servizi amministrativi tecnici di supporto, tenendo conto che le Case della Comunità rappresentano una novità dal punto di vista gestionale, organizzativo e professionale.
- Finalità della Cabina di regia, partendo dalla condivisione delle buone prassi, è l'individuazione, la condivisione e l'attuazione di modalità, percorsi, strumenti omogenei, che facilitino l'individuazione delle Case della Comunità sulla cui implementazione intervenire prioritariamente, ma anche il supporto alle Direzioni di Distretto nella fase di istituzione, costituzione e successivo governo e ai Dipartimenti di Cure Primarie e alle loro articolazioni per la gestione.

**Composizione della Cabina di Regia:** fanno parte (alcuni quali componenti fissi, altri coinvolti a seconda del tema trattato)

- Direttori di Distretto (fra i quali individuare il Coordinatore della Cabina di Regia)
- La Direzione Infermieristica
- I Dipartimenti di Cure Primarie e di Medicina di Comunità



- La Direzione Socio Sanitaria
- La Sanità Pubblica
- Le Piattaforme Amministrative
- Le Direzioni dei Presidi
- Il Servizio tecnico e altri Servizi di supporto (es. il Servizio informatico)
- Il Controllo di Gestione

Come sopra accennato, per quanto riguarda le Direzioni trasversali e in particolare i Servizi amministrativi, tecnici e di supporto, l'esperienza di questi ultimi anni suggerisce l'identificazione di uno o più professionisti in Azienda che sviluppino competenze sulle tematiche specifiche e sulla soluzione dei problemi peculiari che concorrono in misura rilevante a determinare il successo della realizzazione delle Case della Salute e a facilitarne il buon funzionamento.

Individuazione di una **task force locale** per la realizzazione delle nuove Case della Comunità. Le esperienze avviate e portate a termine in questi ultimi anni, suggeriscono che l'attivazione di ogni singola Casa di Comunità necessita di un percorso specifico locale.

Questa modalità di lavoro è importante per tutte le Case della Comunità, ma soprattutto per quelle che scaturiscono dall'evoluzione dei piccoli Ospedali, o comunque quelle di maggiori dimensioni e più complesse.

#### **Composizione e modalità di lavoro della task force**

La task force è costituita da un gruppo di professionisti sia sanitari, sia tecnici e amministrativi che lavorano nel contesto locale, coordinati dal Direttore del Distretto e si caratterizza per la flessibilità del suo funzionamento: composizione variabile a seconda del problema specifico affrontato, tempistica degli incontri, costruzione di un tempogramma delle azioni da realizzare che va costantemente aggiornato.

Le tematiche da affrontare localmente con la partecipazione dei Professionisti di settore riguardano in particolare:

- Tema della prevenzione e promozione della salute e degli stili di vita salutari
- Tema delle Cure Primarie, del coinvolgimento del MMG/PLS e dove necessario l'implementazione dei posti letto intermedi

- Tema della specialistica territoriale/ospedaliera e della diagnostica strumentale e della telemedicina.
- Tema del benessere riproduttivo, infanzia e giovani generazioni
- Tema della non autosufficienza fisica sensoriale e psichica.

È auspicabile che della task force faccia parte, se già identificato, il professionista al quale viene assegnata la gestione quotidiana della Casa di Comunità.

#### **Le Case della Comunità come laboratorio della ricerca organizzativa**

Sulla base delle vocazioni territoriali, delle spinte portate dai professionisti, dei bisogni della popolazione, la Casa di Comunità, sia di tipo Hub che di tipo Spoke, può essere la sede di innovazione di tipo organizzativo, in termini di avviare in modalità pilota la sperimentazione di nuovi modelli di presa in carico in modalità bidirezionale ospedale-territorio, favorendo sia la territorializzazione di tutte quelle attività per le quali, all'interno di percorsi di cura integrati, il paziente può trarre maggior valore ricevendole presso la Casa di Comunità, sia favorendo l'accesso all'Ospedale per quelle fasi di acuzie e/o attività specifiche che necessitano di un intervento presso la struttura ospedaliera. Le Case della Comunità potranno dunque essere quei luoghi dove in modalità "pilota" saranno sperimentate nuove modalità di gestione non solo per le patologie croniche già in carico presso gli ambulatori della cronicità, ma anche per altre discipline.

#### **Formazione-Indicatori**

L'attività formativa viene suddivisa in due step.

Il primo step è orientato a sviluppare l'esercizio dei ruoli, lo sviluppo delle competenze, la leadership, il management sanitario e sarà rivolto ai Direttori di Distretto, ai Dirigenti del territorio, ai nuovi ruoli gestionali e ai MMG e PLS.

Il secondo step formativo deve mirare sì a sviluppare le competenze professionali gestionali ma incentrato sul lavoro interdisciplinare, sulle capacità relazionali e sulle dinamiche di valorizzazione dei vari professionisti nel lavoro di équipe.

#### **Elementi di contesto**

La Casa di Comunità è al centro di reti di servizi sanitari e sociali con dimensioni assistenziali sempre più interconnesse con i bisogni di salute dei territori e con i determinanti sociali.

Si configurano reti assistenziali variabili a seconda dello specifico contesto, legate all'offerta di servizi pubblici e privati presenti nei territori e alle risorse non istituzionali, come le associazioni di volontariato, che rispondono a quadri epidemiologico-demografici specifici e determinanti sociali altrettanto specifici. I poli della gestione di questa complessità sono: il Distretto come luogo del governo della rete e della produzione dei servizi, la Casa di Comunità come ambito di gestione ed erogazione delle specifiche linee assistenziali.

#### **Quale modello per la formazione**

Un'importante caratteristica dei servizi territoriali organizzati in rete è la decentralizzazione: ciò implica la necessità di implementare competenze e autonomie gestionali periferiche, attraverso processi di empowerment mirati a sviluppare capacità locali di governo dei processi assistenziali. Tali autonomie, tuttavia, devono essere iscritte in un quadro più generale di programmazione e governo distrettuale (e aziendale) dei servizi, mediante la condivisione di obiettivi e indicatori generali e specifici in una logica di ciclo di miglioramento continuo. A tale scopo occorre decentralizzare anche il processo di monitoraggio, valutazione, pianificazione e intervento.

In questo senso, il modello proposto intende la formazione come una funzione incorporata nella gestione, pianificazione ed erogazione dei servizi. Mira a costruire un modello di "organizzazione apprendente", basato su analisi di casi concreti cui partecipano gli attori coinvolti nei processi assistenziali, sull'autoriflessività dei professionisti, sull'educazione tra pari e sul consolidamento del lavoro di analisi e monitoraggio delle prassi e dei processi, mediante l'utilizzo di strumenti e metodi già validati (flussogramma analizzatore, itinerari terapeutici, ecc.), come momento di sovrapposizione tra le conoscenze teoriche e quelle pratiche applicate al campo, in una logica di "Policy and Knowledge Translation into Practices".

In questa logica, la formazione, intesa come educazione permanente, rappresenta uno strumento di intervento nella gestione e nell'assistenza, e tiene insieme competenze gestionali, professionali, giuridiche, amministrative e di lettura del contesto locale.

I processi di educazione permanente sono quindi indirizzati allo sviluppo di indicatori e strategie mirate a favorire il governo e il buon esito degli interventi locali. Tale modalità di lavoro favorisce anche la partecipazione e la responsabilizzazione dei professionisti coinvolti (costruzione del protagonismo di rete

e dell'engagement dei nodi dell'assistenza), non soltanto in merito agli aspetti prestazionali, ma anche sull'efficacia delle risposte fornite ai bisogni emersi.

Gli ambiti di applicazione dei dispositivi dell'educazione permanente (flussogramma analizzatore, itinerari terapeutici) possono essere molteplici e si sovrappongono a quelli usuali di lavoro, ad esempio:

- Riunione di equipe
- Tavolo dei casi complessi
- Analisi dei *frequent users* ospedalieri
- Unità di Valutazione (G/MD)
- NUCOT/Centrale dimissioni protette e continuità assistenziale
- Casi di studio su pazienti specifici
- Definizione di bisogni di salute della comunità
- Valutazione delle reti assistenziali

#### **Valutazione e indicatori**

Al fine di supportare processi di formazione e empowerment come quelli sopra descritti, considerando la complessità del lavoro assistenziale in rete e la molteplicità di servizi coinvolti (anche afferenti a differenti istituzioni pubbliche e private), occorre introdurre una modalità di valutazione che contempli una tale pluralità di attori e valori concorrenti al conseguimento di comuni obiettivi di salute. In questo senso, si propone l'introduzione di metodologie di valutazione di quarta generazione, caratterizzate dall'utilizzo di strumenti quali-quantitativi e da un approccio processuale, ciclico e collaborativo di apprendimento continuo a supporto del cambiamento. Valutazione intesa come parte strutturale del processo di educazione permanente, interessato al monitoraggio dei processi assistenziali e degli esiti di salute.

A questo proposito è utile arricchire il set di indicatori in uso con ulteriori indicatori di esito e/o di processo (predittori di esito) che possono fungere da induttori del cambiamento se utilizzati come strumento di lavoro accessibile e fruibile ai professionisti per il confronto e il miglioramento continuo.

Alcuni esempi di indicatori su obiettivi sanitari (in letteratura sono presenti anche indicatori su obiettivi di integrazione socio-sanitaria e di Community Building da approfondire):

- % pazienti cronici reclutati con PAI/totale bisogno (incidenza)

- % pazienti cronici reclutati con PAI/totale bisogno (prevalenza)
- % utenti reclutati attraverso programmi di medicina di iniziativa/totale bisogno
- tasso di reclutamento nei percorsi per titolo di studio, condizione economica, cittadinanza
- % utenti che riferiscono di essere seguiti da un team multidisciplinare
- % percentuale di utenti con PAI basato su EBM
- % utenti in carico con PAI rivalutato
- % utenti in carico con telemedicina
- % di pazienti in carico di cui si controlla la compliance
- % di pazienti soddisfatti dell'assistenza ricevuta

#### **Obiettivi 2021-2023**

- misurare la progettazione delle Case della Comunità in relazione alle indicazioni previste per le Case di Comunità e valutarne la ri-progettazione;
- progettare e realizzare in integrazione con i Servizi Sociali Territoriali la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali – COT – prevedendo l'estensione delle funzioni attualmente previste per il Nucleo di Continuità ospedale Territorio NuCoT, presente presso il territorio aziendale;
- consolidare il ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento delle CdC (Case di Comunità) - Responsabili organizzativi e relativi board organizzativo-gestionali al fine di garantire l'integrazione multiprofessionale delle attività;
- condividere la progettazione e lo sviluppo dell'infermiere di Famiglia e di Comunità con i MMG e le Amministrazioni locali nell'intero territorio aziendale.

Nell'ambito della programmazione dell'Azienda Romagna, in accordo con i Sindaci, quali rappresentanti e garanti dei bisogni della Comunità all'interno delle sedi istituzionali: (Comitato di Distretto – Conferenza territoriale Sociale e Sanitaria) si stanno realizzando studi di fattibilità per la realizzazione di Case della Comunità urbane nell'ambito del Distretto di Rimini, Ravenna, Forlì, Riccione, Cesena.

#### **1.2 PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza M6C1 per l'Azienda USL della Romagna contiene anche la realizzazione della Nuova Casa di Comunità di Riccione da finanziare con risorse pubbliche un importo complessivo pari ad euro 1.600.000,00.

E' necessario quindi predisporre la documentazione necessaria (studio di fattibilità) per la sottoscrizione dell'Accordo di Programma per l'assegnazione delle risorse di cui alla delibera CIPE del 24 luglio 2019.

In questo specifico contesto programmatico, la previsione di una nuova Casa di Comunità si afferma nella sua reale dimensione strategica e non certo quale decisione aprioristica, definitiva ed insindacabile.

Essa, più propriamente, si manifesta e trova legittimazione in ragione di un primo quadro valutativo operato criticamente, in base ad un'analisi delle attuali strutture di erogazione dei servizi sanitari territoriali della provincia di Rimini con particolare riferimento al territorio riccionese. Tale analisi ha consentito di riconoscere molteplici ed eterogenee criticità relativamente ad una serie di servizi che, di conseguenza, sarebbe opportuno ricollocare e riorganizzare all'interno della nuova Casa di Comunità.

A tal fine si è dato corso alla redazione del presente Studio di fattibilità Tecnica ed Economica, avente l'obiettivo di orientare correttamente l'attività di progettazione.

La documentazione predisposta si configura pertanto quale strumento preventivo propedeutico alla definizione delle possibili strategie per la progettazione degli interventi, mediante la valutazione delle possibili soluzioni progettuali e relativa sostenibilità tecnica, economica, ambientale e sociale.

## 2. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Conseguire il complesso quadro afferente alla realizzazione di una Casa di Comunità comporta la necessità di individuare con certezza gli strumenti tecnici ed amministrativi in grado di perfezionare i percorsi autorizzativi e superare positivamente le istruttorie procedurali ad esse correlate. In questa specifica sezione si procederà pertanto ad illustrare il principale quadro normativo di riferimento a cui rapportare le scelte di programmazione e di futura progettazione.

In ragione sia della natura pubblica dell'opera, sia dell'importanza sociale che riveste l'erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari ed assistenziali, la ricerca degli strumenti a valenza tecnica ed amministrativa deve necessariamente relazionarsi in primo luogo con il quadro normativo nazionale vigente per le opere d'interesse pubblico, e più precisamente con il "Decreto legislativo 18 aprile 2016, n°50 – "Codice dei contratti pubblici".

In ambito nazionale e regionale, gli ulteriori riferimenti normativi a cui conformarsi per verificare la compatibilità ambientale e paesaggistica degli interventi e la relativa conformità urbanistica, risultano afferire ai seguenti principali dispositivi:

### - **Compatibilità ambientale**

Decreto legislativo 3 aprile 2006, n.152 e ss.mm. e ii. "Norme in materia ambientale" e ss.mm.e ii; Legge Regionale 18 maggio 1999, n. 9 e ss.m. e ii. "Disciplina della procedura di valutazione dell'impatto ambientale";

Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 12 dicembre 2005 e ss. mm. e ii.

### - **Compatibilità urbanistica**

Legge regionale n. 24 del 21 dicembre 2017 e ss. mm. e ii. "Disciplina regionale sulla tutela e l'uso del territorio;

L.R. 20/2000 e ss. mm. e ii. in ragione delle disposizioni di cui all'art. 4 comma 4, lettera e) della nuova L.R. n.24 del 21.12.2017.

Per quanto riguarda nello specifico il tema della "Nuova Casa di Comunità" bisogna fare riferimento a due importanti strumenti:

- **Delibera della regione Emilia Romagna 291/2010**, già richiamata nel capitolo precedente, in cui si dà

una prima definizione della Casa di Comunità "...una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso e dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria in integrazione con i professionisti dell'ambito sociale..."

- **Delibera della regione Emilia Romagna 2128/2016**, anch'essa precedentemente richiamata, avente per oggetto: "Casa di Comunità: Indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa", in cui si ribadisce l'importanza di avviare un percorso di innovazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale per rispondere in maniera appropriata alla evoluzione dei bisogni della popolazione attraverso lo sviluppo della Casa di Comunità come un nuovo modello organizzativo dei servizi dell'assistenza territoriale.
- **PSC e RUE del Comune di Riccione** nei loro attuali aggiornamenti
- **Delibera del Comune di Riccione n 387 del 07/12/2021** con la quale il Comune di Riccione ha approvato l'atto di indirizzo con cui si impegna a deliberare la costituzione di un diritto di superficie per 99 anni, a favore dello Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna - Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, con il vincolo di destinazione (e con divieto di cambio di destinazione d'uso) alla riqualificazione dell'area catastalmente individuata al Foglio 15 Mappali 128, 129, 130, 1088, viale Pavia angolo viale Veneto con sovrastante immobile ad un piano fuori terra di mq. 545 distinto al catasto Fabbricati al Foglio 15 Mappale 130, per la realizzazione della **Casa di Comunità** ad opera cure e spese del Servizio Sanitario Regionale. L'impegno del Comune di Riccione sarà quello di assumersi eventuali oneri accessori alla realizzazione dell'intervento, in quanto il finanziamento PNRR dell'intervento garantirà la riqualificazione del fabbricato di via Pavia. Inoltre le linee di indirizzo politico della Giunta prevedono di stabilire che decorso il termine di 99 anni del diritto di superficie gli immobili facenti parte della Casa di Comunità, diverranno di proprietà del Comune di Riccione

Per completare il quadro riguardante la riorganizzazione dei servizi sanitari non si può non citare il Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019

Nello specifico nella scheda 1, intitolata "CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA", fra le azioni da sviluppare si citano le seguenti:

- proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate e con l'individuazione di nuove



- 
- progettualità a livello locale in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie;
- promuovere le Case della Salute a media\alta complessità che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alle Case della Salute a bassa complessità (Spoke), e anche rispetto a quei Nuclei di Cure Primarie non ancora inseriti nelle Case della Salute, che garantiscono un'assistenza di prossimità, affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni cittadino della regione possa essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa di Comunità;
  - individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case della Salute.



### **3. CARATTERISTICHE FUNZIONALI, TECNICHE – GESTIONALI – ECONOMICO FINANZIARIE DEI LAVORI DA ESEGUIRE**

#### **3.1 Relazioni di Committenza del Distretto di Riccione**

La Relazione di Committenza (allegato 1) che viene allegata al presente studio di fattibilità, riporta le dotazioni minime necessarie per lo sviluppo della progettazione della Casa di Comunità.

#### **3.2 Inquadramento territoriale e analisi del contesto urbano**

La Nuova Casa di Comunità di Riccione, detta anche Casa di Comunità (CdC), nasce in coerenza con le indicazioni regionali, con l'ambizione di rinnovare e innovare la capacità di leggere e interpretare la domanda di prevenzione, cura e assistenza dei cittadini, utilizzando il valore aggiunto che deriva dalla molteplicità di servizi offerti e di professionalità presenti, dalla loro concentrazione e integrazione.

Da qui la necessità di realizzare una nuova struttura per Riccione che, insistendo nel Distretto collocato nella provincia di Rimini Sud, ben risponderà al criterio di prossimità dell'assistenza territoriale e allo stesso tempo sarà un punto di riferimento per i cittadini, oltre che essere parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Configurandosi quale nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari intende quindi garantire risposte integrate ai problemi di salute con la presa in carico delle persone con patologie croniche o in condizioni di fragilità sanitaria e socio-sanitaria, secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e attraverso Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) che richiedono competenze multi-professionali e multidisciplinari.

Attualmente nel Distretto di Riccione i servizi sanitari da ricondurre e ampliare nella Nuova CdC sono allocati presso la struttura di San Miniato (in affitto).

La presenza all'interno del medesimo territorio di un nosocomio importante come il Ceccarini e dei vari Distretti Sanitari, in ragione dell'aumento della popolazione Riccionese e della inevitabile trasformazione per varie fasce di età, per i flussi migratori, per il rapporto tra natalità e mortalità, con un aumento dell'età media e quindi della popolazione anziana.

La popolazione residente è pari a circa 35.000 abitanti di cui circa 10.000 di età superiore a 70 anni.

Considerando il progressivo andamento negativo della natalità, le fasce di età che andranno a

rimpiazzare quelle degli attuali 30enni e 40enni, saranno molto ridotte e questo potrà portare ad una diminuzione di residenti nel tempo, con un aumento dell'età media e quindi un aumento della popolazione anziana. Se si osserva un andamento di popolazione positivo si può affermare che tale fenomeno è legato unicamente alla immigrazione straniera che è progressivamente aumentata dagli anni 80 ad oggi.

L'incremento della popolazione anziana rispetto ai giovani porta inesorabilmente nei prossimi anni ad un aumento contestuale di fabbisogno di servizi socio sanitari per pazienti cronici offerti sul territorio di prossimità.

#### **3.3 Inquadramento dell'attuale offerta sanitaria ed assistenziale - Analisi dei servizi territoriali presenti nel Distretto di Riccione**

I servizi sanitari territoriali che attualmente si articolano sul territorio su della provincia di Rimini su cui insiste la Casa di Comunità di Riccione sono i seguenti:

L'U.O. Cure Primarie coordina l'attività dei MMG attraverso l'organizzazione in Nuclei delle Cure Primarie che assicurano la continuità assistenziale diurna H10 nelle varie sedi del contesto più propriamente urbano, ma anche nelle frazioni periferiche.

Altri servizi gestiti direttamente dall'U.O. Cure Primarie sono la Continuità Assistenziale P.F.N., il Servizio di Medicina di Base per Turisti, i punti prelievo in quattro sedi ad accesso su prenotazione, l'assistenza domiciliare infermieristica e palliativistica.

L'U.O. Anziani, disabili e fisici sensoriali offre i suoi servizi per la popolazione anziana e per i disabili.

I Pediatri di libera scelta operanti sul territorio del distretto di Riccione sono 16 e sono coordinati dalla Pediatria di Comunità.

Altri Dipartimenti erogano i loro servizi sul territorio: Il Consultorio, il Centro Salute Mentale, il Servizio Dipendenze Patologiche, La Neuropsichiatria Infantile e la Sanità Pubblica, spesso in integrazione con le Cure Primarie e in particolare con i MMG e il PLS.

Il NCP strutturato degli MMG del comune di Misano e Riccione comprende due Nuclei di cui uno composto da 21 MMG e con sede in via Flaminia, 25- Riccione e il secondo Nucleo comprende 11 MMG con sede in via San Martino, 48 –Riccione.

I PLS nel distretto di Riccione sono attualmente 16 e solo un gruppo di 7 PLS lavora tutt'oggi in gruppo

(sede di questo gruppo in via Diaz 31/33 Riccione).

### 3.4 Inquadramento dell'attuale offerta sanitaria ed assistenziale - Analisi dei servizi territoriali che saranno presenti nella Nuova Casa di Comunità

Configurandosi quale nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, la Nuova Casa di Comunità intende garantire la presa in carico delle persone con patologie croniche o in condizioni di fragilità sanitaria e socio-sanitaria, secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e attraverso Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) che richiedono competenze multi- professionali e multidisciplinari.

Strategica, da questo punto di vista, sarà quindi la sua collocazione geografica rispetto ai vari hub distribuiti sul territorio riccionese.

Andandosi ad attestare sulla fascia periferica del territorio urbanizzato, sarà infatti capace di accogliere meglio tutta la popolazione più decentrata rispetto al centro (dove è collocato anche l'attuale nosocomio), garantendo così una copertura capillare dei servizi sanitari specifici su tutto il territorio riccionese.

### 3.5 Analisi delle possibili alternative progettuali rispetto alla soluzione individuata

L'attuale sede di San Miniato, presenta diverse criticità, come l'assenza di un Piano Terra e la conseguente collocazione dei servizi tutti ai piani superiori; la scarsa disponibilità di aree di attesa, con il conseguente ingombro degli spazi presenti nel vano scala, la non presenza di spazi relax/ristoro, unitamente al fatto che la struttura non è di proprietà.

La possibilità di realizzare nuovi volumi presso l'area dell'attuale nosocomio Riccionese, non trova facile riscontro nel reperimento di adeguate superfici a parcheggio difficilmente realizzabili in adeguata e obbligatoria superficie.

Realizzando un nuovo immobile sull'area individuata tra Viale Veneto e Viale Pavia, capace di accogliere e incrementare i servizi esistenti oltre che restare per 99 anni di piena disponibilità dell'Azienda AUSL senza costi di affitto, si ritiene l'unica alternativa progettuale percorribile.

Di seguito la mappatura dei presidi sanitari dislocati sul territorio riccionese che bene evidenzia come la nuova location per la Casa di Comunità risulta di completamento rispetto alla capacità di soddisfare il

bisogno del territorio



### 3.6 Stato di Fatto

Il lotto su cui insisterà la Nuova Casa di Comunità è situato ad ovest rispetto al centro di Riccione, in angolo tra Viale Veneto e Viale Pavia, ed è catastalmente identificato al Foglio 15, Particelle 129, 130, 1088.

Sul lotto è presente un edificio in disuso precedentemente adibito a scuola.

Su Viale Veneto è presente una pista ciclabile ed un marciapiede pedonale che sfilano paralleli al lotto e sui quali insiste un attraversamento pedonale che collega le due banchine di Viale Veneto.

Il lotto è perimetrato da una recinzione in struttura metallica lungo Viale Veneto e Viale Pavia e da recinzione plastificata sui due restanti confini. Una fitta colte di pini marittimi fiancheggia lati di Viale Veneto, Viale Pavia e del confine est. Il fabbricato esistente costituito da un piano rialzato ed un seminterrato era precedentemente adibito a scuola.

Sul lotto non insistono, allo stato attuale, vincoli storici e/o di sottoservizi esistenti.

Non risultano espropri da fare per la proprietà dell'area.

Lungo Viale Veneto, in corrispondenza dell'attuale recinzione, è presente la Pubblica Illuminazione ed una linea area di ENEL con un palo in cemento ed il vano contatori al piede.





Foto. 1 – Vista dall'alto



Foto 3 – Vista da Viale Pavia



Foto. 2 – Vista Viale Veneto angolo Viale Pavia

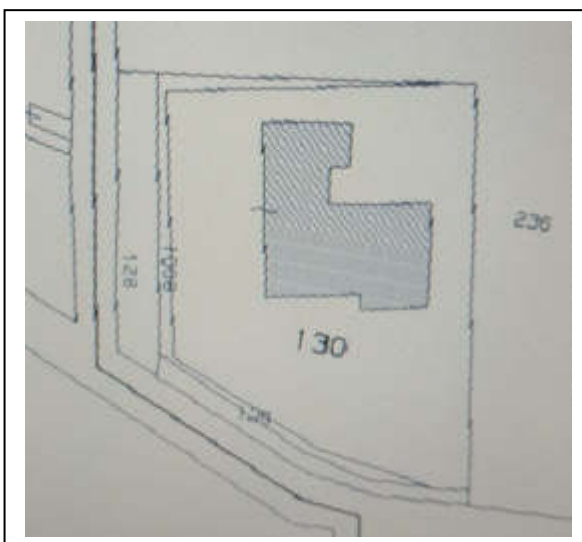


Foto 4 – Vista da Via Viale Veneto

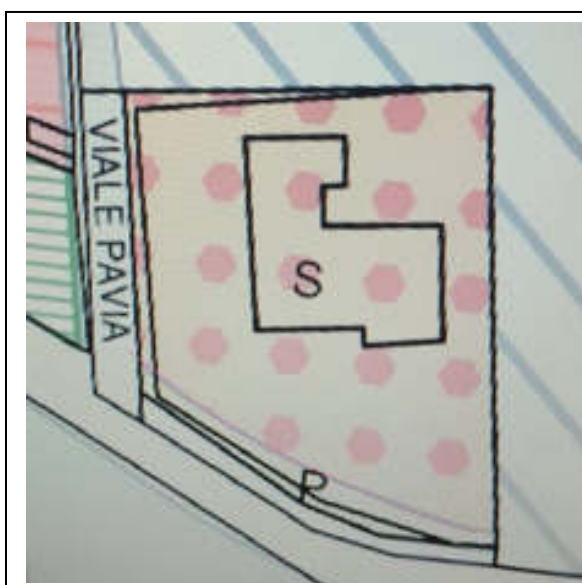


### 3.7 Inquadramento Urbanistico

Il lotto è catastalmente identificato al Foglio 15 Particelle 128, 129, 130, 1008



Nel RUE il lotto ricade in area per attrezzature e spazi collettivi.



La vocazione urbanistica, capace di accogliere la nuova struttura è determinata dalla Delibera di Giunta Comunale .387 del 7/12/2021 che, di fatto, attesta la possibilità di realizzare tale struttura.

Dal punto di vista Acustico, l'area, secondo la zonizzazione acustica del Comune di Riccione si trova in Classe IV - *Rientrano in questa classe le aree urbane interessate da intenso traffico veicolare, con alta*

*densità di popolazione, con elevata presenza di attività commerciali e uffici, con presenza di attività artigianali; le aree in prossimità di strade di grande comunicazione e di linee ferroviarie; le aree portuali, le aree con limitata presenza di piccole industrie.*

Sarà quindi necessario sviluppare uno studio di Impatto Acustico per verificare il rispetto dei parametri definiti dalla zonizzazione, tenendo conto che la stessa area è retinata anche come Classe IV di progetto, ovvero con una previsione urbanistica diversa dallo stato di fatto.

Alcuni dati tecnici:


- ✓ Provincia: Rimini
- ✓ Comune: Riccione
- ✓ Codice ISTAT del Comune: 0099013
- ✓ Zona Climatica: E
- ✓ Zona Sismica: 2
- ✓ Superficie Lotto: 3.331 mq
- ✓ Indice di fabbricabilità mc/mq: 3 mc/mq
- ✓ Massima Superficie Coperta realizzabile: 1.100 mq
- ✓ Superficie minima da destinare a parcheggio: 1.100 mq
- ✓ Superficie minima da destinare a verde: 1.100 mq
- ✓ Altezza massima: 12,5 m
- ✓ Volume massimo consentito fuori terra: 10.000 mc
- ✓ Volume massimo consentito entroterra: 3.300 mc



### 3.8 Verifica dei vincoli ambientali - storici – archeologici – paesaggistici

L'area di intervento è assoggetta a vincolo boschivo (RUE\_TAV014) e a vincolo paesaggistico (RUE\_TAV008\_PSC\_2007\_T2\_a).



 aree comprese negli ambiti di cui all'art. 142, comma 1, lettere c) (fascia di 150 metri i fiumi, i torrenti ed i corsi d'acqua iscritti negli elenchi previsti)

I competenti uffici del Comune di Riccione stanno effettuando le verifiche sui vincoli per definire le modalità di risoluzione e superamento dei vincoli stessi.

### 3.9 Dimensionamento funzionale della Casa di Comunità/Casa di Comunità di Riccione

Con riferimento al DGR 291/2010 Emilia Romagna: "Casa di Comunità: indicazioni Regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale", le principali tre caratteristiche fisiche su cui si è basato lo studio di fattibilità sono:

- **RICONOSCIBILITÀ:** Il luogo fisico, visibile sul territorio, nel quale si concentrano una serie di servizi e attività: il luogo al quale fa capo la presa in carico e la continuità assistenziale.
- **ACCESSIBILITÀ:** Luogo fisicamente accessibile (nessuna barriera architettonica) e organizzato per garantire la massima disponibilità dei propri servizi (informazioni e prenotazioni)
- **UNITARIETÀ:** Il luogo dove sono racchiusi servizi e attività altrimenti dispersi sul territorio.

Il progetto, perciò, ha posto attenzione ai temi generali sopra richiamati, elaborandoli nel seguente modo:

- **Orientamento e impronta sul lotto:** consentire il massimo sviluppo planimetrico necessario a garantire le superfici utili dei vari servizi, con un orientamento che garantisca apporti solari importanti, disponibilità di superficie permeabile e armonia volumetrica, schermandosi anche rispetto alla rumorosità di Viale Veneto.
- **Punto di accoglienza:** sarà ben visibile dall'ingresso della struttura per permettere di informare e orientare l'utente all'interno della Casa di Comunità.
- **Attese:** distribuite ai vari piani in ragione dei vari servizi, capaci di essere ben dimensionate, identificabili e accoglienti.
- **Percorsi:** lineari, intuitivi e di facile percorribilità.
- **Riconoscibilità del presidio:** il volume geometrico, la sua composizione architettonica (con la scelta dei materiali che ne costituirà la facciata) unitamente l'utilizzo del logo regionale comune per le varie "Casa di Comunità", garantirà una riconoscibilità non secondaria alla nuova struttura.

La distribuzione planimetrica studiata congiuntamente ai servizi sanitari allocabili, ha trovato la sua ottimale configurazione in una struttura attualmente costituita da un unico livello con una geometria a corte, capace di massimizzare gli affacci e quindi gli apporti solari e di luce naturale, unitamente ad un

adeguato rapporto con le superfici esterne impermeabili a verde. Il verde sarà l'elemento di carattere ambientale più forte, nel contesto di inserimento del fabbricato rispetto al lotto. Fungerà da barriera di confine e da schermatura rispetto a Viale Veneto.

L'accesso pedonale e carrabile al nuovo edificio avverrà da Viale Pavia, così da non interferire con la pista ciclabile e il marciapiede esistenti su Viale Veneto.

L'accesso su Viale Pavia garantirà anche un adeguato flusso di controllo del traffico non andando a congestionare Viale Veneto.

All'interno della Nuova Casa di Comunità troveranno posto i seguenti servizi, distribuiti in modo allineato al "diagramma delle funzioni e delle unità spaziali" condiviso da uno studio regionale

In particolare:

#### AREA ATTESA

- CUP e Back Office;
- Coordinamento;
- Punto Prelievi;
- Sportello Sociale;
- Assistente Sociale Comunale;
- Sala Riunioni.

#### AREA MEDICINA DI GRUPPO

- n.2 Ambulatori MMG (Medici Medicina Generale);
- deposito;
- locale tecnico;
- segreteria;
- ambulatorio osservazionale e H10;
- guardia medica;
- un locale per ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e relativo locale di supporto;
- ambulatorio cronicità;
- infermiere di comunità.

#### SPECIALISTI

- n. 4 Ambulatori

#### CENTRO DI SALUTE MENTALE

- n. 4 Ambulatori
- home care con deposito

Oltre alle aree di cui sopra saranno dislocati gli spogliatoi per il personale, oggi dimensionati per 20 persone (10 uomini e 10 donne), i servizi igienici per gli utenti ed il personale ed i locali tecnici.

La Casa di Comunità quindi potrà accogliere in un'unica struttura tante funzioni e accanto alle cure e all'assistenza, la Casa di Comunità offrirà ai cittadini anche servizi innovativi di prevenzione e promozione della salute sviluppando progetti di comunità su stili di vita salutari: alimentazione, attività fisica, alcol, fumo, prescrizione dell'esercizio fisico in ricetta medica, camminate della salute, prevenzione obesità infantile, incontri tra professionisti e popolazione, spazi di socializzazione che mettano al centro il benessere e la salute anche attraverso una stretta alleanza tra istituzioni sanitarie, sociali, educative, contesti informali (associazionismo, sport, ecc.).

### 3.10 Requisiti strutturali e organizzativi di progetto

Nella definizione degli spazi da destinare alla nuova Casa di Comunità saranno garantiti i seguenti requisiti strutturali ed organizzativi:

- Facile accesso ai servizi a qualsiasi livello essi siano dislocati;
- Eliminazione delle barriere architettoniche tramite utilizzo di ascensori uniformemente distribuiti e, ove occorre, rampe dolci e di pendenza come da norma;
- Elementi di sostenibilità ambientale, non solo legati all'efficienza energetica ma all'uso di materiali con contenuto di riciclato e conformi ai CAM (Criteri Ambientali Minimi); all'uso del verde e delle qualità dell'aria interna, unitamente al comfort acustico.

- Struttura portante in cemento armato con tamponamenti in latero cemento e cappotto.
- Infissi vetrati con trasmittanza termica  $< 1,15 \text{ W/mq K}$  e sistemi di schermatura solare ove necessario;
- Copertura piana per alloggiamento centrali tecnologiche.

### 3.11 Organizzazione del progetto

Percorrendo Viale Veneto l'accesso alla Nuova Casa di Comunità avverrà da Viale Pavia attraverso un ingresso pedonale e carrabile.

Sarà quindi possibile seguire le indicazioni per le aree di parcheggio a raso e/o imboccare la rampa di accesso al piano interrato, situata sulla testata del fronte sud-ovest del nuovo fabbricato.

L'utente percorrerà un percorso pedonale che lo porterà ad attraversare la piazza interna caratterizzata da elementi di arredo e decorativi, fino a giungere all'ingresso principale.

Il Livello 0 sarà leggermente rialzato rispetto al piano di campagna e il dislivello per accedervi sarà vinto da adeguate pendenze lungo i percorsi pedonali.

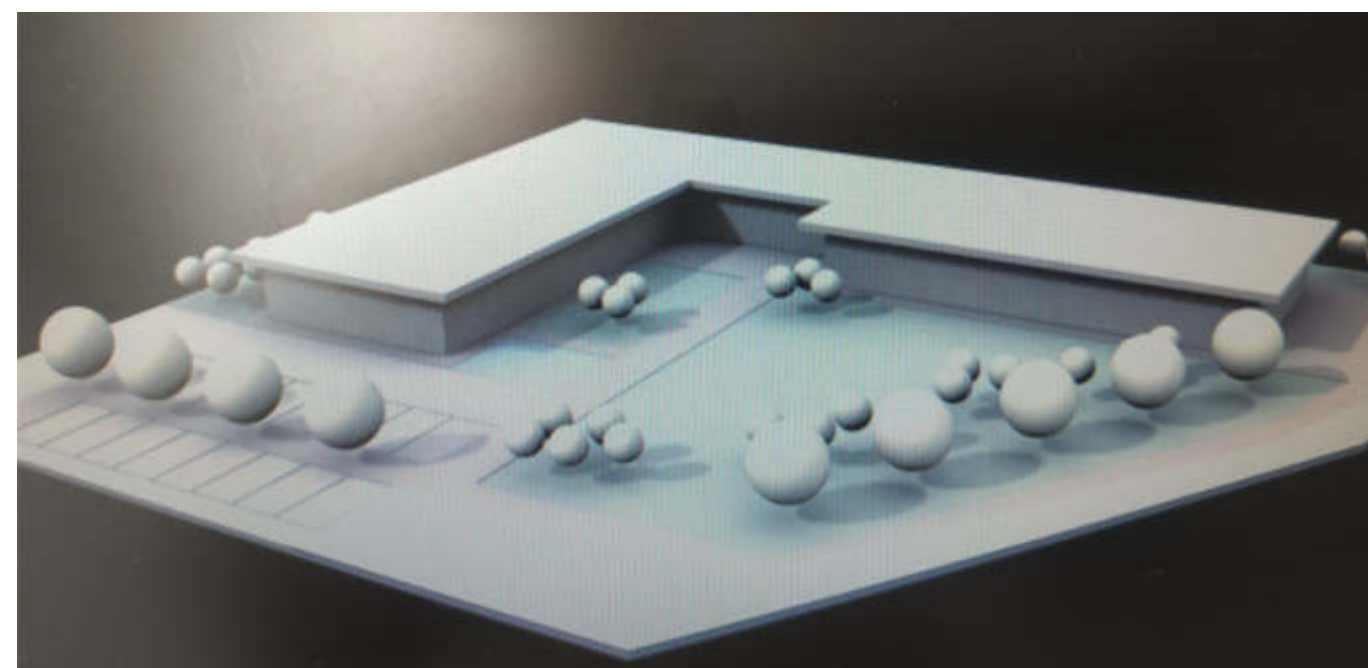
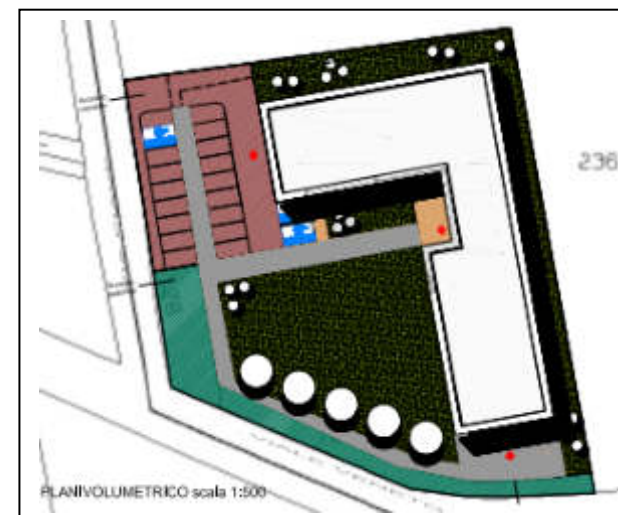
I livelli 0 (unico livello), avrà la seguente superficie lorda:

LIVELLO	SUPERFICIE LORDA (mq)	ALTEZZA (m)*
0	880	3,50

\*Altezza interpiano

Calcolo della superficie di progetto

- Superficie Lotto: 3.331 mq
- Volume di Progetto:  $800 \times 3,5 = 2800 \text{ mc} < 10.000 \text{ mc}$
- Superficie di progetto =  $800 \text{ mq} \leq 3.333 \text{ mq}$
- Superficie coperta:  $800 \text{ mq} \leq 1.100 \text{ mq}$
- Superficie a verde:  $1.243 \text{ mq} \geq 1.100 \text{ mq}$
- Superficie Parcheggi:  $500 \text{ mq} \geq (\text{Tognoli L.122/89 } 1\text{mq}/10\text{mc} = 280 \text{ mq (1.100 mq standard a pieno carico urbanistico)})$



L'obiettivo di questa nuova struttura è, come già anticipato, il potenziamento dell'offerta delle prestazioni specialistiche e della gestione clinico-assistenziale dei problemi di salute di minor complessità e non urgenti, gestibili ambulatoriamente e in un'ottica di riduzione degli accessi verso i PS ospedalieri ed il sistema dell'emergenza/urgenza in generale.

Per quanto riguarda le attività di Cure Primarie, nucleo centrale della Casa di Comunità, oltre



all'ambulatorio infermieristico della Cronicità per la gestione integrata del Paziente cronico, sarà realizzato un ambulatorio prestazionale medico-infermieristico ed osservazionale all'interno del quale si potranno trattare patologie controllabili e di bassa complessità, gestibili appunto dal Medico di Medicina Generale e dagli Infermieri (Pazienti in pre-scompenso cardiaco, coliche renali, ecc.).

Il progetto sarà espandibile grazie alla capacità edificatoria del lotto. Alla fine del presente studio verrà anche rappresentata un'idea di progettualità di espansione futura capace di incrementare i servizi sanitari ospitando anche un OSCO da 12 posti letto.

### 3.12 Strategia Impiantistica

Le soluzioni impiantistiche saranno orientate a caratteristiche di **innovazione**, ma, nello stesso tempo, di **semplicità di costruzione e di uso**, prediligendo **soluzioni tecniche consolidate e mature**, sempre caratterizzate da costi compatibili con il quadro economico generale dell'intervento, che comportino la **riduzione degli interventi manutentivi e dei costi di gestione (risparmio energetico)**.

I nuovi impianti, inoltre, dovranno **consentire e garantire l'interfaccia di collegamento con gli impianti già esistenti nell'edificio adiacente del medesimo complesso**.

Si dovranno scegliere materiali facilmente reperibili permettendo una gestione delle scorte più oculata. I terminali utente delle varie categorie impiantistiche saranno di utilizzo semplice ed intuitivo, ergonomici, privilegiando display grafici a colori e sistemi touch screen.

Le soluzioni tecniche e i componenti edilizi e impiantistici dovranno essere conformi a criteri di **facile ed economica manutenibilità, rapida e certa accessibilità, possibile modificabilità e sostituzione**; questi aspetti dovranno essere dettagliatamente illustrati nel piano di manutenzione.

Dovrà essere studiata la fisica dell'edificio, con la stima dei fabbisogni, l'uso razionale dell'energia, l'impiego diffuso di energie rinnovabili, il recupero ed il riuso, il comfort termo-igrometrico e la qualità dell'aria interna valutando e minimizzando le ricadute del sistema impiantistico sulle necessità di manutenzione e ottimizzando i sistemi di supervisione e la sicurezza di esercizio di tutti gli impianti.

**Tipologie impiantistiche ipotizzate – Impianti meccanici**

La tabella sottostante descrive le tipologie impiantistiche che in questa fase si ipotizzano per la nuova struttura e che dovranno essere valutate nel corso dell'iter di progettazione successivo:

AREA FUNZIONALE	TIPOLOGIA IMPIANTISTICA ADOTTATA
<b>Aree ambulatoriali</b>	Impianto di climatizzazione estiva ed invernale con pannelli radianti a soffitto di tipo metallico e aria primaria.
<b>Uffici</b>	
<b>Degenze</b>	Impianto di climatizzazione estiva ed invernale del tipo a tutt'aria con minimo 6 vol/h (diluizione contaminanti) – eventuali pannelli radianti a soffitto in corrispondenza dei letti per migliori condizioni di comfort – possibilità di pressione negativa almeno per una porzione di degenze
<b>Servizi Igienici</b>	Impianto di riscaldamento a radiatori e ventilazione naturale+estrazione forzata
<b>Connettivi e corridoi</b>	Impianto di climatizzazione estiva ed invernale con pannelli radianti a soffitto e aria primaria e/o impianti a tutt'aria con elevato ricambio in funzione della destinazione d'uso

Per la **progettazione delle portate d'aria di ricambio** nei vari locali si dovrà fare riferimento alle prescrizioni di legge e alle normative tecniche. Si riporta nella tabella a seguire un'indicazione generica delle portate d'aria ipotizzate suddivise per tipologia di ambiente, da prevedere con valore uguale/superiore al minimo di normativa:

TIPOLOGIA DI LOCALE	RICAMBIO ARIA [vol/h]
<b>Ambulatori</b>	2 (ambulatori ad eccezione dei chirurgici)
<b>Degenze</b>	4/6
<b>Corridoi</b>	2-6
<b>Servizi igienici</b>	10 - 12



Si ipotizza di installare delle UTA in copertura in un'area dedicata. Esse saranno costruite seguendo i criteri necessari per la corretta sanificazione quali accessibilità per la pulizia delle batterie e dei componenti principali e con bacinella di raccolta condense in acciaio inox avente fondo inclinato verso lo scarico.

Saranno certificate Eurovent e ErP2018 con adozione di motori ad elevata efficienza minimo IE3 e sistemi di recupero del calore di efficienza minima 68% (i recuperatori saranno a batteria, il ricircolo non è mai ammesso). Il sistema di umidificazione sarà esclusivamente del tipo a vapore (se disponibile linea vapore in centrale termica) e/o elettrico (non è ammesso del tipo adiabatico).

Le batterie di scambio termico di ciascuna UTA dovranno essere del tipo idoneo per installazione in ambiente marino.

Le canalizzazioni aventi percorso in esterno e/o copertura dovranno essere realizzate in acciaio zincato coibentate (spessori conformi al DPR 412/93) e/o in pannello sandwich con rivestimento esterno in alluminio sp.500 micron.

#### **Impianto di climatizzazione pannelli radianti e aria primaria**

Gli ambienti destinati ad ambulatori, ed i connettivi sono ipotizzati climatizzati tramite impianto a pannelli radianti a soffitto e aria primaria. Il controsoffitto radiante sarà realizzato con pannelli metallici lisci, idonei per l'ambiente ospedaliero in moduli 600x600mm o equivalenti, completamente rimovibili senza scollegare il circuito idronico per garantire ispezionabilità sopra ai controsoffitti.

Il circuito sarà a 2 tubi, pompato dalla sottocentrale, con commutazione estate/inverno.

Tutte le tubazioni saranno coibentate con guaina isolante idonea per acqua calda o refrigerata. Le reti saranno posate su appositi sostegni dimensionati per resistere alle sollecitazioni sismiche. Il controsoffitto metallico sarà altresì dotato di apposito kit di fissaggio antisismico in conformità alle NTC per gli elementi non strutturali.

#### **Impianto radiatori**

Nei servizi igienici si ipotizza l'installazione di radiatori tubolari a colonne in acciaio. Tutti i terminali saranno dotati di valvola termostatica, detentore e valvola di sfiato.

#### **Impianto idrico sanitario**

È prevista la distribuzione di acqua potabile fredda e calda con rete di ricircolo derivate dalle reti esistenti predisposte dall'azienda ospedaliera.

Le linee principali, staffate a soffitto e quelle secondarie sottotraccia a parete, dovranno essere realizzate con tubazioni in PPR-con relativa raccorderia.

Da queste saranno eseguite le derivazioni ai servizi igienici ed alle varie utenze che saranno intercettate con valvole a sfera poste in prossimità, in controsoffitto.

Tutte le tubazioni in controsoffitto o sottotraccia saranno coibentate con guaina in gomma sintetica con idoneo certificato di reazione al fuoco, per anticondensa (reti fredde) e contenimento delle dispersioni (reti calde) negli spessori a norma di legge.

I vasi igienici dovranno essere a risparmio idrico, con cassetta a 2 pulsanti e scarico 3-4,5 litri. Ovviamente la tipologia di sanitario dovrà essere compatibile con la suddetta capacità di scarico. In caso di sanitari sospesi su pareti in cartongesso è richiesta l'installazione di strutture preassemblate di supporto e fissaggio apparecchiature con piedini a terra.

Si richiedono valvole di intercettazione a globo in ottone con guarnizione in EPDM in quanto compatibili con i sistemi di trattamento acqua antilegionella che dovranno comunque essere previsti a servizio dell'edificio.

Si precisa che l'ospedale è dotato di quarta rete, ovvero una riserva idrica dedicata al caricamento di acqua delle cassette idriche di servizi igienici.

### **Reti di scarico delle acque reflue e della condensa**

Le tubazioni di scarico sono ipotizzate in PEAD fonoassorbente con giunzioni saldate. A fianco di ciascuna colonna è prevista la relativa tubazione di ventilazione che sfocia in copertura del fabbricato. Appositi cartelli segnalatori dovranno agevolare l'individuazione a distanza.

Valutare l'utilizzo di eventuali tubazioni di scarico in ghisa qualora si trattino scarichi ad alte temperature o chimicamente aggressivi.

### **Rete di distribuzione dei gas medicali**

L'impianto sarà realizzato in conformità alle norme UNI EN ISO 7396 e dovrà essere certificato CE. Le reti saranno derivate dalle reti primarie dell'ospedale e riguarderanno:

- Ossigeno
- Aria medica (4 bar)
- Vuoto endocavitario

Le portate dei gas saranno conformi alla norma FD S 90-155. Sugli stacchi di piano saranno installate le valvole di intercettazione del comparto antincendio entro apposite cassette con vetro frangibile. Le valvole saranno dotate di contatti di posizione pre-cablati e di sistema di rilevamento dello stato.

A monte della distribuzione secondaria, in testa ai comparti, saranno previsti i quadri contenenti i gruppi di riduzione della pressione di 2° stadio e la valvola di intercettazione della rete del vuoto unitamente al quadro valvole di blocco area. Su ogni linea a pressione positiva saranno installati riduttori di pressione in esecuzione monoblocco completi di valvole di sezionamento e manometri sulle reti primarie e secondarie.

I riduttori di 2° stadio saranno sempre doppi per esercizio e sicurezza. Per ogni quadro di blocco area saranno prelevate le segnalazioni di allarme per alta e bassa pressione di ogni linea secondaria e per basso grado di vuoto mediante pressostati e vuotostato, saranno convogliate ad un apposito pannello di allarme ubicato in un locale presidiato del comparto servito.

La rete sarà completamente realizzata in tubo di rame certificato per l'uso con giunzioni saldo brasate, esenti da-t2 cadmio con tenore di argento secondo disposizioni normative.

### **Tipologie impiantistiche ipotizzate – Impianti elettrici**

Prima dell'intervento occorrerà verificare eventuali sottoservizi da spostare.

Sia per gli edifici di nuova realizzazione che per gli interventi di ristrutturazione si prevedono le seguenti opere:

- Fornitura e posa Impianto di distribuzione principale e secondaria d'energia (Quadri elettrici, canalizzazioni e alimentazioni).
- Fornitura e posa Impianto illuminazione ordinaria.
- Fornitura e posa Impianto illuminazione di sicurezza.
- Fornitura e posa Impianto F.M.
- Fornitura e posa Impianti equipotenziali EQP ed EQS.
- Fornitura e posa Impianto telefonico – cablaggio strutturato.
- Fornitura e posa Impianto rete dati – cablaggio strutturato.
- Fornitura e posa di impianto di chiamata infermieri e citofonico.
- Fornitura e posa di predisposizione impianto controllo accessi (punti rete e punto di alimentazione).
- Fornitura e posa di impianto TV Digitale Terrestre DVB-T2 e sue eventuali predisposizioni.
- Fornitura e posa Impianto elettrico a servizio delle installazioni meccaniche.
- Fornitura e posa Impianto di sicurezza Automatico per Rilevazione Fumi e attivazione dispositivi di sicurezza antincendio e di interazione con impianti ventilanti.
- Fornitura e posa Impianto di sicurezza per Evacuazione Parlato EVAC e asservimenti bidirezionale con Centrale di Sicurezza rilevazione fumi.
- Fornitura e posa in opera di impianti domotici tipo KNX/DALI per gestione sistemi di illuminazione delle parti comuni quali corridoi e zone di attesa finestate con dimmerazione gestita da apposito sensore.
- Fornitura e posa Impianti ausiliari, mirati anche all'efficientamento energetico della struttura.

Per l'alimentazione elettrica nel caso di nuovo fabbricato, se le potenze in gioco lo richiedessero, occorrerà prevedere apposita fornitura in Media Tensione con Cabina MT/BT dedicata e/o integrata in

cabina esistente; se invece la ristrutturazione/ampliamento e/o nuovo fabbricato richiedesse potenze disponibili dalle attuali forniture, questo sarà derivato a valle del Quadro Generale BT esistente, sfruttando se disponibile anche l'alimentazione privilegiata di emergenza da Gruppo Elettrogeno.

Nel caso il Gruppo Elettrogeno non sia esistente e/o sufficiente al fabbisogno dell'ampliamento e/o nuovo fabbricato e se ritenuto necessario per alimentazione di emergenza in caso di Black-Out ENEL, si dovrà predisporre anche apposito nuovo Gruppo Elettrogeno di adeguate caratteristiche e di potenza.

Per Alimentazione di eventuali Utilizzatori Elettronici Sensibili quali apparati Trasmissione Dati, Centraline elettroniche in genere e/o alimentazione di impianti in locali definiti di Gruppo II dalla normativa CEI 64/8 sez. 710 (Impianti elettrici nei locali ad uso medico), si dovrà utilizzare apposita rete elettrica in continuità assoluta Classe Zero fornita da Gruppo di Continuità On-Line a doppia Conversione esistente o di nuova fornitura sempre da determinare in base alla disponibilità e potenze richieste.

Negli eventuali locale definiti di Gruppo II sarà previsto apposito impianto di tipo a Neutro Isolato Medicale IT-M.

La distribuzione principale avrà origine dal nuovo quadro generale di edificio, previsto in locale adeguato preferibilmente al piano terra (o interrato) da cui saranno derivati i quadri di piano. Si prevede anche la posa di UPS per alimentare i circuiti in continuità assoluta.

Per maggior flessibilità ogni locale sarà dotato di apposito quadretto modulare dedicato alimentato a sua volta dai quadri di piano.

Occorre prevedere le dorsali in Fibra Ottica a servizio dei nuovi Quadri TD partendo da apposito Locale /Vano di C. Stella, prevedere predisposizioni con appositi Punti LAN e Armadi Rack Dedicati per impianto di Telecamere a Circuito Chiuso TVCC-IP-POE, nelle aree esterne ed eventualmente predisporre anche i punti TVCC-IP-POE senza registrazione dei posti letto nel caso debbano in futuro servire.

La distribuzione elettrica ed impiantistica in genere dovrà essere realizzata con cavi a bassa emissione di gas tossici rispondenti alle attuali restrittive norme e Regolamento CPR 305/2011, detti cavi saranno posati entro passerella a filo di rete sopra al controsoffitto e in apposite tubazioni predisposte in incasso e/o da esterno.

Ai piani saranno previste n.2/3 canalizzazioni una per la parte energica, una con setto separatore, per la parte speciali con rete dati e fonia posati in apposito scomparto ed eventuale terza contenente i cavi

degli impianti di Sicurezza.

Gli staffaggi ed i sostegni degli impianti saranno realizzati in conformità al punto 7.2.3 "Criteri di progettazione di elementi strutturali secondari ed elementi costruttivi non strutturali" del DM 17 gennaio 2018 - NTC2018.

L'impianto di illuminazione dovrà essere dimensionato come indicato nella UNI 12464-1 e nei criteri CAM.

Dovranno essere previsti apparecchi illuminanti a LED con reattori dimmerabili e CRI 90 Rischio Foto Biologico =0.

Le postazioni di lavoro dovranno essere di diversa tipologia:

- Da incasso
- Da esterno su apposita canala a battiscopa/cornice
- A pavimento

Ogni postazione di Lavoro sarà dotata di:

- n° 01 Scatola 504 con n° 02 Prese UNEL Bianche CL"15"
- n°01 Scatola 504 con n° 02 Prese UNEL Rosse CL "0", Se disponibile la distribuzione della continuità assoluta, nel caso non fosse disponibile questa scatola con ulteriori n° 02 Prese UNEL sarà ugualmente realizzata ma con prese sempre di colore Bianco CL"15".
- n°01 Scatola 504 con n°02 Presa TD Cat 6°/7 UTP 8 poli
- n°01 Scatola 503/504 per Sotto Nodo EQ Prese Elettriche se richiesto dalla tipologia del locale medico secondo la normativa CEI 64-8/7 sez. 710

Saranno inoltre installate prese di servizio lungo i corridoi, negli ambulatori, nei locali per il personale, nelle degenze, nei depositi e nei locali tecnici.

Per quanto riguarda gli impianti elettrici i locali dovranno essere dotati di:

- Illuminazione di Sicurezza Con lampada Autoalimentata 8W o 4\*1W LED da Impianto Centralizzato 24Vcc Con Presenza Rete da Centralino di Stanza
- Sensore Rilevazione Fumo Analogico Indirizzato Sopra e Sotto Contro Soffitto Con Riporto Stato impianto Sotto Contro soffitto e Cumulativo Fuori Stanza
- Centralino elettrico 24/36 moduli con portella Fumè da Incasso e/o Esterno Con sezione Rete Classe "15" e Sezione Continuità Classe "0"

- Punto Comando Illuminazione Ordinaria in Scatola 503/504 Per eventuale suddivisione accensioni
- Nodo Principale di Terra EQ in Scatola Derivazione Ingresso Stanza (con etichette identificative collegamenti EQ afferenti al nodo)
- Impianto Equipotenziale Masse e Masse Estranee (per i locali di gruppo I quali gli ambulatori e sala prelievi)
- Centralina per impianto di chiamata pazienti (se necessario e richiesto)

Dovranno essere previste e realizzate tutte le alimentazioni necessarie per gli impianti di riscaldamento, raffrescamento, ventilazione e regolazione degli impianti meccanici.

L'impianto rete dati sarà alloggiato in specifici patch panel, alloggiati nel RACK DATI previsti ad ogni piano.

**Si dovrà fare riferimento al decreto CAM per quanto riguarda l'impianto di illuminazione, campi elettromagnetici INDOOR e monitoraggio dei consumi energetici.**

#### **Strategie antincendio**

Si farà riferimento al Codice Antincendio (DM 2015 come RTO abbinato alla RTV ospedali in vigore dal 9/5/21).

### **3.13 DESCRIZIONE DEI REQUISITI PRINCIPALI DELL'OPERA IN AMBITO DI SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE E PAESAGGISTICA.**

Le alimentazioni dei fluidi, idricosanitario, antincendio e l'alimentazione elettrica saranno garantite da nuove e specifiche forniture che andranno ad alimentare le nuove centrali di calore e climatizzazione secondo le strategie impiantistiche sopra descritte.

La nuova struttura sarà Nzeb ovvero una struttura ad alta efficienza energetica nell'ottica della sostenibilità e del risparmio energetico.

#### **3.14 Requisiti di carattere generale**

L'intervento garantirà il rispetto delle normative tecniche in vigore; In generale sarà garantito il rispetto:

- dei requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie.

- della resistenza delle nuove strutture nei confronti degli eventi sismici
- della sicurezza antincendio e resistenza al fuoco delle strutture
- del contenimento energetico ed utilizzo di energie rinnovabili
- dei requisiti acustici passivi
- dei Criteri Ambientali Minimi
- dell'abbattimento delle Barriere Architettoniche
- dei requisiti igienico-sanitari generali e rispetto dei parametri urbanistici
- della sicurezza del lavoro

#### **3.15 Fasi di realizzazione**

Essendo un intervento di nuova realizzazione si procederà con:

Fase 1: redazione progettazione Definitiva (autorizzativa); Esecutiva (D.Lgs 50/2016);

Fase 2: gara di appalto per l'esecuzione dei lavori;

Fase 3: realizzazione dei lavori;

Fase 4: attivazione della struttura e dei servizi sanitari



### 3.16 Stima dei tempi di realizzazione

A partire dalla certezza dei finanziamenti si stimano i seguenti tempi di realizzazione delle opere:

DESCRIZIONE ATTIVITÀ*	PERIODO		2022												2023												2024												2025											
			G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
AFFIDAMENTO PROGETTAZIONE	01/03/2022	31/05/2022																																																
PROGETTAZIONE DEFINITIVO	01/06/2022	30/10/2022																																																
VERIFICA PROGETTO DEFINITIVO	01/10/2022	30/11/2022																																																
VALIDAZIONE E APPROVAZIONE	01/12/2022	31/12/2022																																																
APPALTO INTEGRATO - AFFIDAMENTO PD e/o PE E LAVORI	01/12/2022	30/04/2023																																																
APPALTO INTEGRATO - STIPULA CONTRATTO	01/05/2023	30/06/2023																																																
PROGETTO ESECUTIVO - PROGETTAZIONE	01/06/2023	15/08/2023																																																
PROGETTO ESECUTIVO - VERIFICA	15/08/2023	30/09/2023																																																
ESECUZIONE LAVORI	01/10/2023	31/12/2025																																																

### 3.17 Stima dei costi

QUADRO ECONOMICO CDC RICCIONE			
A	LAVORI	parziali	totali
A.1	lavori	€	1.081.200,35
A.2	sicurezza	€	32.436,01
<b>TOTALE LAVORI (A)</b>		<b>€</b>	<b>1.113.636,36</b>
<b>B SOMME A DISPOSIZIONE</b>			
B.1	Imprevisti	€	147.540,98
B.2	Acquisto terreni	€	-
B.3	Attrezzature arredi forniture	€	61.475,41
B.4	Indagini		
B.5	Progettazione, dl coll verifiche	€	98.360,66
	B.5.a progettazione	€ 37.831,02	
	B.5.b supporto al rup	€ -	
	B.5.c verifica progetto	€ 9.457,76	
	B.5.d collaudo (tecnico statico e tecnicofunzionale impianti)	€ 9.457,76	
	B.5.e CSE + DL	€ 37.831,02	
	B.5.f controbutto previd spese tecniche	€ 3.783,10	
B.6	accantonamenti	€	-
	B.6.a incentivi per funzioni tecniche	€ -	
	B.6.b polizze rischi professionali per personale interni progettazione	€ -	
	B.6.c spese per commissioni giudicatrici compresa IVA		
	B.6.d spese pubblicità e notifiche (ANAC)		
B.7	allacci		
B.8	IVA	€	178.986,59
	B.8.a IVA lavori e imprevisti	€ 143.822,65	
	B.8.b IVA su attrezzature arredi e forniture	€ 13.524,59	
	B.8.c IVA indagini	€ -	
	B.8.d IVA spese tecniche	€ 21.639,34	
<b>TOTALE SOMME A DISPISIZIONE (B)</b>		<b>€</b>	<b>486.363,64</b>
<b>TOTALE A + B</b>		<b>€</b>	<b>1.600.000,00</b>

#### ALLEGATI

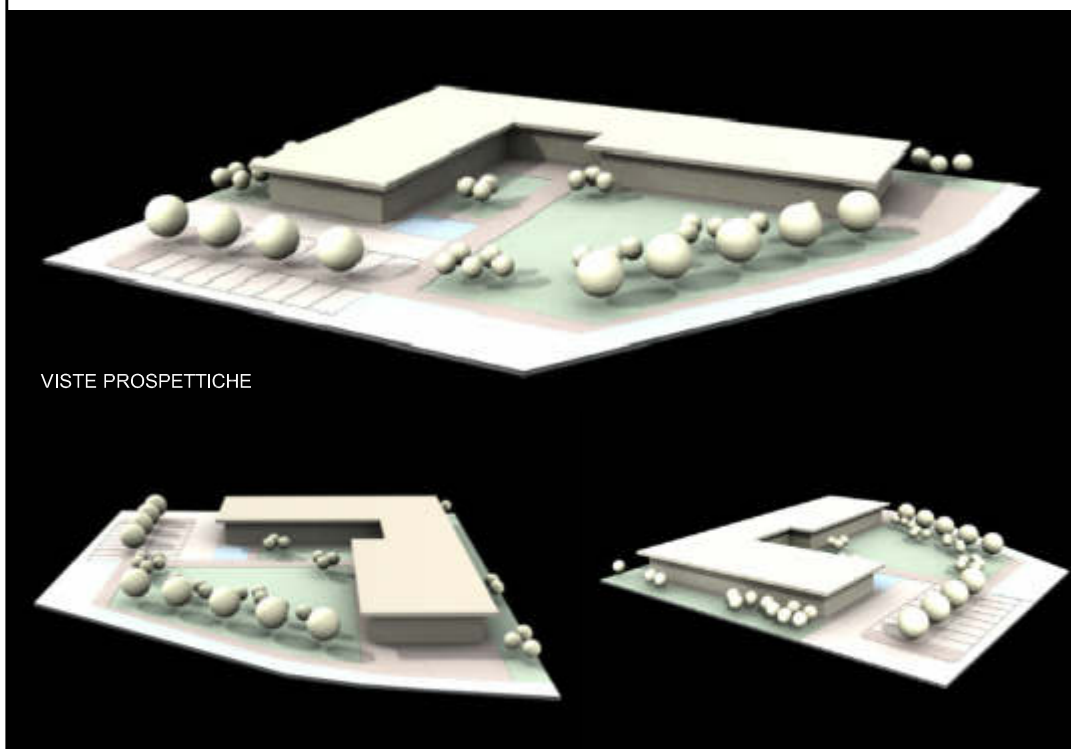
- SCHEDA GRAFICA\_001
- RELAZIONE SANITARIA



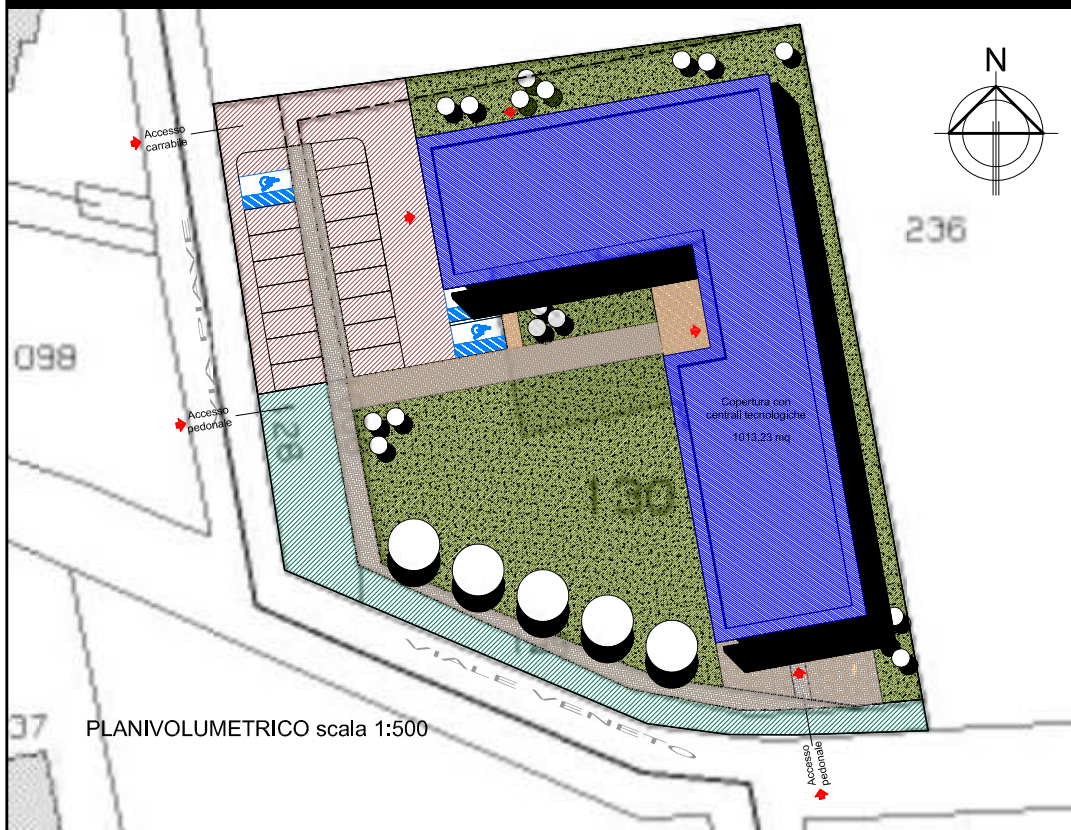


ESTRATTO DI MAPPA scala 1:2000  
Comune di Riccione  
FG.15 mapp. 130-128-129-1000

RUE : Art.3.1.2 comma 6 lett.b -  
Zone per servizi scolastici



VISTE PROSPETTICHE



PLANIVOLUMETRICO scala 1:500

## NUOVA CASA DI COMUNITA' DI RICCIONE







## **RELAZIONE SANITARIA**

CASA DI COMUNITA' COMUNE DI RICCIONE

e

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

### **PREMESSA**

L'AUSL della Romagna ha dato attuazione al percorso di sviluppo delle Case della Salute (ora Case di Comunità CdC), coerentemente con le Indicazioni regionali (DGR n. 291/2010) e sono state recepite le Linee di Indirizzo contenute nella DGR n. 2128/2016, al fine di mettere in atto elementi organizzativi e assistenziali a supporto del coordinamento delle attività, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e dell'attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari, con l'ambizione di rinnovare e innovare la capacità di leggere ed interpretare la domanda di prevenzione, cura ed assistenza dei cittadini, utilizzando il valore aggiunto che deriva dalla molteplicità di servizi offerti e di professionalità presenti, dalla loro concentrazione e integrazione..

### **INQUADRAMENTO DEL RUOLO DELLA CASA DI COMUNITÀ NELL'AMBITO DELLE STRATEGIE PROGRAMMATICHE**

Richiamando anche il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019 si ribadisce l'importanza di

- proseguire con l'attivazione delle Case di Comunità programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie;
- promuovere le Case di Comunità a media\alta complessità che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alle Case di Comunità a bassa complessità (Spoke), e anche rispetto a quei Nuclei di Cure Primarie non ancora inseriti nelle Case di Comunità, che garantiscono un'assistenza di prossimità, affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni cittadino della regione possa essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa di comunità;
- individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case di Comunità



Anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'Azienda USL della Romagna intende sviluppare la Casa di Comunità ai fine di rispondere ai bisogni della popolazione di un territorio che a tutt'oggi risulta carente rispetto all'offerta di servizi di cura primaria.

## **ANALISI DEL CONTESTO**

La Nuova Casa di Comunità di Riccione (CdC) nasce in coerenza con le indicazioni regionali, con l'ambizione di rinnovare e innovare la capacità di leggere e interpretare la domanda di prevenzione, cura e assistenza dei cittadini, utilizzando il valore aggiunto che deriva dalla molteplicità di servizi offerti e di professionalità presenti, dalla loro concentrazione e integrazione.

Da qui la necessità di realizzare una nuova struttura per Riccione che, insistendo nel Distretto collocato nella provincia di Rimini Sud, ben risponderà al criterio di prossimità dell'assistenza territoriale e allo stesso tempo sarà un punto di riferimento per i cittadini, oltre che essere parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale.

Configurandosi quale nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari intende quindi garantire risposte integrate ai problemi di salute con la presa in carico delle persone con patologie croniche o in condizioni di fragilità sanitaria e socio-sanitaria, secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e attraverso Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) che richiedono competenze multi-professionali e multidisciplinari.

Attualmente nel Distretto di Riccione sono presenti due Case di Comunità di cui una Hub (Morciano) e una Spoke (Coriano) le quali si trovano in zone decentrate di collina/montagna e che rispondono al criterio di prossimità dell'assistenza territoriale, oltre ai servizi sanitari allocati presso la struttura di San Miniato (in affitto).

Tali strutture insieme svolgono attività di assistenza di prossimità ad un bacino di utenza pari a 38.793 abitanti. Se a questo si aggiunge la possibilità che cittadini del comune di Cattolica e San Giovanni in Marignano siano anch'essi fruitori di tali servizi in virtù che il NCP di riferimento è parimenti strutturato e in rete con gli altri NCP presenti, si aggiungerebbe una popolazione pari a 26.453 abitanti.

Considerando l'aumento della popolazione Riccionese e la inevitabile trasformazione per varie fasce di età, per i flussi migratori, per il rapporto tra natalità e mortalità, con un aumento dell'età media e quindi della popolazione anziana, risulta che della popolazione residente circa 10.000 persone sono di età superiore a 70 anni. Inoltre, il progressivo andamento negativo della natalità, le fasce di età che andranno a rimpiazzare quelle degli attuali 30enni e 40enni, saranno molto ridotte e questo potrà portare ad una diminuzione di residenti nel tempo, con un aumento dell'età media e quindi un aumento della popolazione anziana. Se si osserva un andamento di popolazione positivo si può affermare che tale fenomeno è legato unicamente alla immigrazione straniera che è progressivamente aumentata dagli anni 80 ad oggi.

L'incremento della popolazione anziana rispetto ai giovani porta inesorabilmente nei prossimi anni ad un aumento contestuale del fabbisogno di servizi socio sanitari per pazienti cronici offerti sul territorio di prossimità.

La situazione attuale verificasi in merito all'emergenza sanitaria, il ruolo centrale che hanno dimostrato di possedere le Case di Comunità presenti sul territorio con i servizi di assistenza primaria, di specialistica territoriale di prossimità, e tutti i servizi loro interni diffusivi di prestazioni riferite a tipologie specifiche di popolazione, rendono oggi possibili progetti di nuove costruzioni delle CDC avvalendosi del PNRR come sopra citato.

E' in questo contesto che si realizza la possibilità di costruire una nuova Casa di Comunità di Riccione che accoglierebbe nel suo interno il COT (centrale operativa territoriale) per la gestione in entrata/uscita di utenti fruitori di possibili ricoveri in posti letto territorialmente competenti che potrebbe essere utilmente legati alla presenza di un OsCo strutturato anch'esso all' interno della CdC e che si pone nell'ottica di garantire la gestione di ricoveri di bassa/media complessità che dimessi dall'ospedale non potrebbero ancora tornare al proprio domicilio.

Allo stesso modo pazienti cronici seguiti dal NCP che si destabilizzano potrebbero essere gestiti all'interno dell'OsCo senza impattare sui posti letto per acuzie forniti dall'ospedale di riferimento.

## **DEFINIZIONE DEI PRINCIPI E CRITERI A CUI ORIENTARE LE SCELTE PROGETTUALI FUTURE**

L'obiettivo è potenziare i servizi assistenziali territoriali per la popolazione del Comune di Riccione oltre che dei paesi vicini che affluiscono considerata la vicinanza. Oltretutto è necessario segnalare, data la posizione in riviera, che la popolazione nella stagione estiva decuplica.

I progetti futuri dovranno considerare anche gli obiettivi del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019 dove nella scheda 1, intitolata "Case della Salute e Medicina d'iniziativa", fra le azioni da sviluppare si citano le seguenti:

- Proseguire con l'attivazione delle Case di Comunità programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie
- Promuovere le CDS a media/elevata complessità che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alle CDS Spoke, e anche rispetto a quei Nuclei di Cure Primarie non ancora inseriti nelle Case di Comunità, che garantiscono un'assistenza di prossimità affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni cittadino della regione possa essere preso in carico all'interno di percorsi di cura integrati propri della Casa di comunità
- Individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case di comunità

Il progetto pone attenzione anche ai temi che riguardano l'accoglienza/punto informativo, l'attesa articolata e priva di barriere architettoniche rispetto le varie funzioni (Cup, Punti prelievo, ecc.) e una maggiore riconoscibilità per l'assistenza territoriale erogata di primo livello.

Per far fronte al quadro esigenziale richiesto dalla Sanità che pone in primo piano la centralità e l'umanizzazione del paziente non ci si può esimere dal perseguire una qualità progettuale che oltre alle esigenze funzionali deve necessariamente tenere conto anche dei seguenti principi basilari:

- Elevata qualità architettonica e relazione con il contesto;

- Flessibilità strutturale e sicurezza sismica;
- Accessibilità e promozione di una mobilità lenta;
- Elevate prestazioni energetiche sia attive che passive;
- Implementazione tecnologica, digitale e multimediale;
- Progettazione rispondente ai requisiti di sicurezza e prevenzione antincendio;
- Razionalizzazione e specializzazione degli spazi e dei flussi;
- Eliminazione barriere architettoniche;
- Ottenimento del comfort ambientale e acustico;
- Attenzione alla privacy e creazione di spazi di socializzazione;
- Progettazione sostenibile nella scelta dei materiali, e delle scelte impiantistiche.

#### **LINEE PROGETTUALI PER LA CASA DI COMUNITA' DI RICCIONE**

La possibile ubicazione della **Casa di Comunità “ Riccione”** si colloca territorialmente in un contesto urbano e poco distante dal Presidio ospedaliero di Riccione e prevede lo sviluppo di servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali di assistenza primaria, volti a considerare la struttura come una *CDC Hub*.

La stessa CDC di Coriano nella rete Spoke dei servizi del distretto sud, a poca distanza dalla Casa di Comunità di Riccione, potrà integrarsi nei percorsi/programmi/servizi multispecialistici presenti in quest'ultima.

Il NCP strutturato degli MMG del comune di Misano e Riccione comprende due Nuclei di cui uno composto da 21 MMG e con sede in via Flaminia,25- Riccione e il secondo Nucleo comprende 11 MMG con sede in via San Martino, 48 –Riccione.

I PLS nel distretto di Riccione sono attualmente 16 e solo un gruppo di 7 PLS lavora tutt'oggi in gruppo (sede di questo gruppo in via Diaz 31/33 Riccione).

La documentazione predisposta si configura, pertanto, quale strumento preventivo propedeutico alla definizione delle possibili strategie per la programmazione degli interventi, mediante una rigorosa analisi e valutazione delle possibili soluzioni progettuali alternative e relativa sostenibilità tecnica, economica, ambientale e sociale.

Nella progettazione si va maggiormente a identificare la Casa della Comunità per l'inserimento degli MMG/PLS facendo riferimento alla Delibera regionale 2128/2016 avente per oggetto: “Casa di comunità: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina di iniziativa, in cui si ribadisce l'importanza di avviare un percorso di innovazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale per rispondere in maniera appropriata alla evoluzione dei bisogni della popolazione attraverso la CDC come nuovo modello organizzativo dei servizi territoriali.

**Il progetto della CDC prevede la costruzione di uno stabile ad un piano per una superficie di circa 800 mq.**

Per centrare completamente gli obiettivi proposti e realizzare anche un OsCo sarebbe necessaria una superficie complessiva molto maggiore di cui il presente progetto costituisce un primo step realizzativo.

Il progetto attuale permetterà di organizzare in aree dedicate secondo la tipologia l'utenza e gli accessi della stessa e consentirà una complessiva redistribuzione degli spazi e delle attività per rendere più efficace e razionali i percorsi.

Saranno collocati:

- front-office
- Punto prelievi e sala di attesa
- Studio Responsabile Organizzativo/Coordinatore
- Sportello sociale comunale
- Sala riunioni/polivalente anche per iniziative a carattere sociale, educativo e promozionale sugli stili di vita, spazio dedicato ad incontri con le associazioni e/o la cittadinanza
- Area di servizio: spogliatoi per il personale, spazi per lo sporco/pulito, spazio per il personale addetto alle pulizie, bagni per il pubblico/personale, depositi di materiale per il regolare svolgimento delle attività ambulatoriali

Si dovrà inoltre realizzare l'area dedicata al NCP poiché è l'ossatura centrale di tutte le Case di Comunità nonché elemento distintivo delle stesse.

La Casa di comunità è il luogo privilegiato per **la medicina di iniziativa**; in particolare, l'ambulatorio per la gestione integrata della cronicità rappresenta la modalità operativa in cui si realizza la presa in carico multidisciplinare, che coinvolge i Medici di Medicina Generale e gli Infermieri, in collaborazione con gli Specialisti di riferimento per la patologia cronica in gestione.

- **L'ambulatorio infermieristico della cronicità** rappresenta la modalità operativa in cui si realizza la presa in carico multidisciplinare.
- L'area dedicata alla medicina di gruppo comprenderà almeno 10 MMG dotati del supporto di segretariato e sala di attesa dedicata
- L'ambulatorio di cronicità sarà all'interno del NCP così come è previsto un ambulatorio prestazionale per la terapia e osservazione dei pazienti trattati per le patologie di minore gravità gestibili ambulatorialmente evitando in tal modo quegli accessi impropri al Pronto soccorso.
- Il Nucleo di Cure primarie potrà così garantire i percorsi e la gestione integrata dei pazienti con patologia cronica tra gli MMG e l'infermiere di cronicità/infermiere di famiglia/comunità attivando la consulenza dello specialista di riferimento nel momento del bisogno o in seguito ai follow-up prestabiliti.
- Gli ambulatori della specialistica territoriale potranno essere coinvolti attivamente nei percorsi di gestione integrata del cronico



- **locali per la Centrale Operativa Territoriale (COT)**
- Sono previsti locali per la sede dei carrelli di emergenza.

La Casa della Comunità Hub e la rete di CdC Spoke saranno coordinate da un Responsabile Organizzativo che lavorerà in piena condivisione con tutti i componenti del Board delle CdC e i Coordinatori della rete territoriale/ospedaliero e come garante dei percorsi diagnostici-terapeutici e clinici assistenziali per i servizi presenti all'interno delle Case di Comunità di ambito.

Il principale elemento distintivo e qualificante l'intera rete sarà la presenza di progetti/programmi/percorsi multidisciplinari rivolti in particolare alla presa in carico di utenti nelle varie fasce di età per la gestione di patologie croniche invalidanti.

- spazi per le tecnologie innovative come la telemedicina e il tele-monitoraggio
- Sono previsti locali per la sede dei carrelli di emergenza

## **CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE SULL'ISTITUZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE**

La progettazione della COT all'interno della Casa di Comunità ha l'obiettivo principalmente volto ad assicurare la continuità terapeutica, l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria con i Servizi Sociali Territoriali.

Attraverso l'istituzione della COT si migliora il coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare) e permettere una migliore attivazione dei professionisti e delle risorse della rete assistenziale, prevedendo dunque l'estensione delle funzioni attualmente previste per il Nucleo di Continuità ospedale Territorio NuCoT, presente nel territorio aziendale e assicurando l'interfaccia con la rete d'emergenza.

Inoltre c'è l'obiettivo di monitorare i pazienti cronici/fragili in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina ed anche di gestire la piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

A livello organizzativo si vuole tracciare e monitorare le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro, fornire supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.) riguardo le attività e servizi distrettuali oltre che fornire il raccordo con la rete dell'emergenza-urgenza.

Infine permettendo la flessibilità organizzativa, grazie all'attivazioni di reti con punti di erogazioni classificati per livelli di complessità, si consente di rispondere proattivamente ai cambiamenti dei bisogni di salute e garantire un appropriato e tempestivo invio nei centri di cura ad elevata complessità tramite canali predefiniti con modalità di accesso facilitanti.

Tale progetto si integra con quello di realizzazione di un OSCO presso la Casa di Comunità di Riccione e in un più ampio processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, finalizzato al miglioramento della risposta ai bisogni della popolazione, così come ben delineato nella DGR 284/2013 della Regione Emilia-Romagna che con ha contribuito al percorso di ridefinizione dei servizi territoriali e della rete ospedaliera.

La CoT insieme all'OSCO di Riccione, parte del Distretto Sud di Rimini, permette di ben rispondere al criterio di prossimità dell'assistenza territoriale di riferimento e allo stesso tempo è un punto di riferimento per i cittadini, oltre che essere insieme parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale, configurandosi quale nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari intende garantire risposte integrate ai problemi di salute con l'assistenza alle persone con patologie croniche o in condizioni di fragilità sanitaria e socio-sanitaria, secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e attraverso Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) che richiedono competenze multi-professionali e multidisciplinari.

## **CONCLUSIONI**

Il percorso di progettazione dei servizi sanitari, amministrativi, sociali della Casa di Comunità è stato coordinato dalla direzione distrettuale, Ospedaliera e con la condivisione della Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria.

La presenza di uno stabilimento ospedaliero a media distanza dell'Hub ha comportato il criterio di ridurre il più possibile le ridondanze di servizi/ambulatori identificando la CdC quale sede elettiva per tutte quelle attività amministrative, sanitarie e sociali erogabili in regime ambulatoriale, in quanto non necessitanti di un contesto di alta specializzazione tecnologica ma sufficienti a garantire un paniere di offerta di servizi sanitari e socio-assistenziali atti a compensare i bisogni del bacino della popolazione di riferimento.