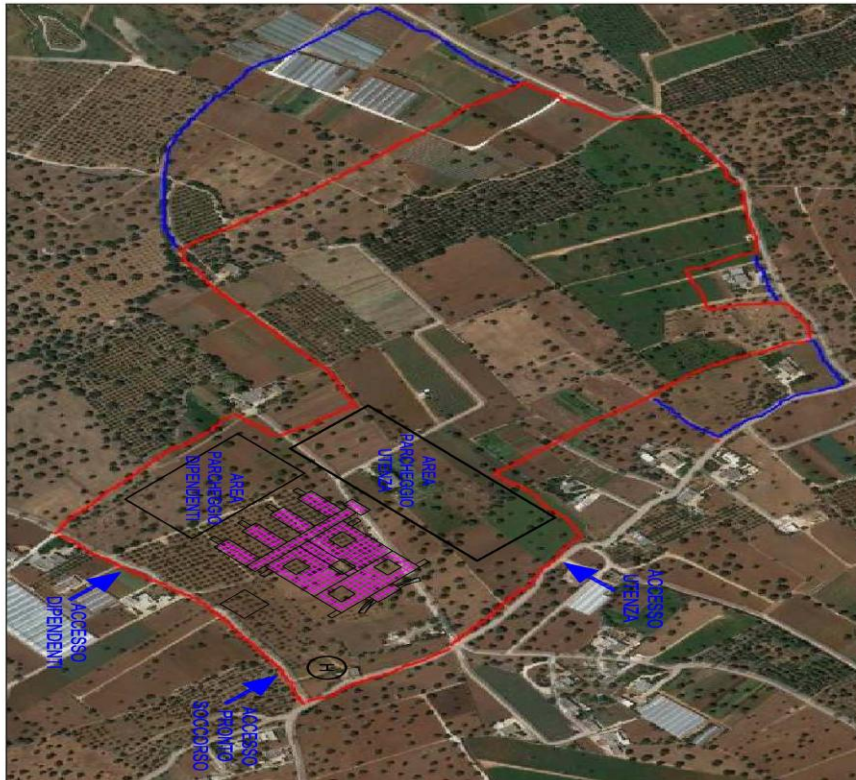


ALLEGATO A

STUDIO DI FATTIBILITÀ TECNICA NUOVO OSPEDALE DEL SUD EST BARESE (MONOPOLI-FASANO)



FONDO SI SVILUPPO E COESIONE

DELIBERA CIPE n. 92/2012

**Fondo per lo sviluppo e la coesione Regione Puglia. Programmazione delle residue risorse
2000-2006 e 2007-2013 e modifica della delibera n. 62/2011**

Nome del progetto: Ospedale del “Sud Est Barese” di Monopoli (Ba)

Proponente: Regione Puglia

Promotore: Assessorato al Welfare, Politiche della Salute e Politiche Sociali - Regione Puglia

Soggetto attuatore dell'intervento: ASL di Bari

R.U.P. dell'intervento: Dr.Ing. Nicola Sansolini

Redattore S.d.F.: Dr.Ing. Francesco La Volpe

PREMESSA

Lo studio di fattibilità è lo strumento che, attraverso l'analisi della domanda, l'analisi del modello gestionale e le analisi di fattibilità finanziaria ed economica (già esaminate nello SdF della Cabina di Regia per gli investimenti in sanità della Regione Puglia) permette di porre in luce le eventuali criticità, anche di mediolungo termine, di un progetto, consentendo di scremare le diverse ipotesi di intervento e di orientare i successivi approfondimenti e la fase di progettazione.

Un moderno sistema assistenziale agisce attraverso un complesso sistema di reti di strutture e di professionisti, orientato ad assicurare la continuità dei servizi e a garantire percorsi assistenziali adeguati ed appropriati; a tale sistema partecipano gli ospedali ed i servizi sanitari territoriali. All'interno degli ospedali sono attualmente identificabili le seguenti aree assistenziali che presentano ciascuna forte rilevanza progettuale:

- a) aree orientate ad interventi rapidi e di grande complessità e specialità, riservate a pazienti con forme acute, caratterizzate da numero di letti e da tempi di degenza sempre più contenuti. Queste aree, anche in futuro, dovranno avere un dimensionamento orientato al bacino di riferimento; al loro interno saranno allocate funzioni specialistiche e tecnologiche in rapporto alle esigenze assistenziali, garantendo una equilibrata distribuzione nell'ambito della ASL Bari di competenza, anche in rapporto alle altre AASSLL limitrofe Brindisi e Taranto, per assicurare adeguati elementi di fruibilità e di qualità;
- b) aree destinate all'assistenza in fase di post-acuzie e per riabilitazione, per affrontare la cronicizzazione delle forme neoplastiche ed in generale di tutte le forme cronico - degenerative.

In tale ottica, pertanto, il nuovo ospedale deve essere pensato e realizzato in un contesto in continua evoluzione sul quale insistono diverse tipologie di offerta - presidi ospedalieri di Aziende territoriali, Aziende Ospedaliere, presidi ospedalieri privati accreditati - e nel quale trova sempre più fattiva attuazione la dimensione gestionale interaziendale ambito territoriale che soddisfa la quasi totalità del bisogno sanitario ed assolve alle esigenze di programmazione integrata.

Nella nuova concezione l'ospedale deve essere visto come una risorsa da usare appropriatamente, ideato e organizzato in relazione ai bisogni del paziente, con la sua esigenza di diagnosi e cura ed i suoi bisogni di assistenza.

Sotto questo profilo si è ritenuto importante condividere quanto emerso a livello nazionale dall'analisi condotta per l'individuazione dei principi informatori che appaiono maggiormente rilevanti per la definizione di un Modello di Ospedale (Renzo Piano): l'ospedale deve essere visto come una risorsa “da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario e deve essere ideato ed organizzato ponendo al centro il paziente, con la sua esigenza di cura ed i suoi bisogni d'assistenza”. Le

elaborazioni condotte hanno individuato i seguenti dieci principi informativi per il nuovo ospedale per acuti:

- __UMANIZZAZIONE: centralità della persona;
- __URBANITA': integrazione con il territorio e la città;
- __SOCIALITA': appartenenza e solidarietà;
- __ORGANIZZAZIONE: efficacia, efficienza e benessere percepito;
- __INTERATTIVITA': completezza e continuità assistenziale con la rete dei servizi sociosanitari territoriali;
- __APPROPRIATEZZA: correttezza delle cure e dell'uso delle risorse;
- __AFFIDABILITA': sicurezza e tranquillità;
- __INNOVAZIONE: rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico, informatico;
- __RICERCA: impulso all'approfondimento intellettuale e clinico – scientifico;
- __FORMAZIONE: aggiornamento professionale e culturale

1.0 – INTRODUZIONE. CONTESTO ED ANALISI SITUAZIONE SANITARIA ATTUALE DEL TERRITORIO.

Il presente Studio di fattibilità descrive le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali ed economiche del nuovo Ospedale Monopoli-Fasano, l'analisi dello stato di fatto, effettua l'analisi di possibili alternative, possibilità di partenariato p/p, descrizione dei requisiti e dei collegamenti con il contesto in cui si inserisce ai fini della sostenibilità ambientale, della compatibilità paesaggistica, urbanistica ed idro-geologica.

Bisognerà verificare che la proposta progettuale sia coerentemente inserita nella programmazione sociosanitaria regionale: si intende dire che nel progettare l'ospedale si sarà in grado di tenere conto di tutte le problematiche, che, ancorchè non strettamente edilizie e/o funzionali, influiscono comunque sulla gestione di un presidio sanitario, consentendogli di erogare, a costi compatibili, servizi efficaci ed efficienti. Per altri versi la progettazione sarà inserita coerentemente nel processo edilizio (programmazione, progettazione, realizzazione, manutenzione e gestione), in modo che si caratterizzi per la sua estrema concretezza ed aderenza alla specifica realtà (economica, del finanziamento disponibile, delle procedure, ecc.), unica garanzia che permetta di realizzare veramente nei tempi e costi preventivati quanto si è progettato sulla carta.

Il piano di rientro 2010 - 2012, come approvato in data 29.11.2010, a seguito della sottoscrizione dell'accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Puglia, prevede, tra le iniziative finalizzate al perseguimento dell'equilibrio economico, il riordino della rete ospedaliera regionale, da cui si attendono ricadute economiche associate alla riduzione dei ricoveri e dei posti letto per acuti e la trasformazione o disattivazione di alcuni stabilimenti ospedalieri.

Il perseguimento degli obiettivi del piano di rientro 2010 - 2012 della Regione Puglia richiede, tra l'altro, l'attivazione di un programma di investimenti che consenta alla rete ospedaliera pugliese di compiere un definitivo salto di qualità lungo le seguenti direttrici:

- ammodernare il sistema ed accrescere il grado di eccellenza dell'offerta ospedaliera;
- incrementare l'accessibilità del sistema di prestazioni specialistiche ospedaliere per la popolazione pugliese;
- accrescere il grado di appropriatezza dei ricoveri, per governare sia la domanda di assistenza a maggiore intensità, sia la riconversione di una parte significativa dell'attuale attività eseguita in ricovero ordinario verso il trattamento di ricovero diurno o ambulatoriale;
- ridurre la parcellizzazione dell'offerta ospedaliera per accrescerne contestualmente la capacità di risposta e la qualità delle prestazioni erogate;
- ridisegnare il ruolo dei piccoli stabilimenti, quali nodi di una rete di servizi sanitari e sociosanitari territoriali adeguata rispetto ad un bisogno di salute in profonda evoluzione, all'invecchiamento della popolazione e alla maggiore incidenza delle patologie croniche.

Tra i risultati attesi di maggiore impatto per l'efficientamento complessivo del S.S.R. e della rete ospedaliera occorre considerare in particolare i seguenti:

- riduzione della mobilità passiva;
- riduzione della parcellizzazione dell'offerta ospedaliera regionale;
- incremento dell'offerta di qualità al fine di colmare alcune lacune presenti nella rete attuale dell'offerta;
- strutturazione di un'offerta sanitaria territoriale in grado di migliorare la capacità di presa in carico in uscita dall'area ospedaliera e di ridurre il tasso di inappropriatezza dei ricoveri e delle degenze.

Nel corso degli anni novanta, la Regione Puglia ha modificato più volte la struttura della propria rete ospedaliera in termini di numero di aziende sanitarie pubbliche e di singole strutture di ricovero.

Attualmente, nel S.S.R. della Regione Puglia coesistono 5 categorie di strutture di ricovero:

- Aziende Ospedaliere Universitarie;
- Presidi ospedalieri dell' Azienda Sanitaria Locale;
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblico e privato;
- Presidi ospedalieri dipendenti da enti ecclesiastici;
- Strutture ospedaliere private.

Il modello di rete adottato mantiene da un lato l'integrazione tra le funzioni di committenza e di produzione, cercando di razionalizzare in tal modo l'offerta all'interno delle strutture a gestione diretta, e dall'altro spinge sui centri di alta specializzazione attraverso le due A.O.U. e lo sviluppo degli I.R.C.C.S.

Tra gli obiettivi del piano regionale della salute sono previste azioni finalizzate a facilitare l'accesso all'assistenza ospedaliera e ad ottenere una più efficiente ed efficace gestione delle strutture ospedaliere. L'attuale configurazione regionale, infatti, risulta frammentata in piccoli stabilimenti sparsi sul territorio,

che da un lato non forniscono un’assistenza con standard qualitativi adeguati, e dall’altro assorbono risorse all’intero sistema.

Tale Piano, in particolare, rappresenta una politica di intervento complementare alla rivisitazione della rete ospedaliera, nella misura in cui ha consentito il graduale potenziamento della rete dei servizi sanitari territoriali e distrettuali, ancorchè non ancora completato. Nell’ambito del piano di riordino della rete ospedaliera si rende necessaria altresì, nella fase attuale - cioè a seguito della avvenuta chiusura degli stabilimenti ospedalieri già individuati con la prima e la seconda fase del Piano di riordino e contestualmente alla definizione delle ipotesi di riconversione di alcuni dei presidi disattivati - la proposizione di un Piano di Investimenti organico, capace di rappresentare le scelte complessive di riorganizzazione dell’offerta sanitaria ospedaliera in Puglia e di dare concreta attuazione alla parte della strategia regionale che aspira ad aggredire principalmente l’obiettivo dell’ammodernamento della rete ospedaliera, capace di perseguire i seguenti obiettivi specifici:

- a) promuovere la concentrazione dell’offerta ospedaliera di qualità in strutture nuove, funzionali e moderne, facilmente accessibili e dotate delle discipline previste dalla programmazione sanitaria regionale, delle tecnologie e dei servizi necessari per la piena esigibilità del diritto alla salute in condizioni di sicurezza e di efficienza;
- b) promuovere il superamento di presidi ospedalieri per i quali si presentano come inefficienti tecnicamente ed economicamente interventi di ristrutturazione e adeguamento alle normative vigenti ovvero di ampliamento e di ammodernamento, in quanto obsoleti o situati in contesti urbani congestionati;
- c) completare l’articolazione della rete ospedaliera del SSR con strutture di grande e media dimensione e di riferimento provinciale o sub-provinciale, allocate in aree strategiche da un punto di vista dell’accessibilità, capaci di assorbire la domanda di salute che richiede prestazioni ospedaliere, riducendo la mobilità intraregionale della popolazione pugliese;
- d) ridisegnare, completandola, l’offerta specialistica della rete ospedaliera pugliese in modo da incidere sulla mobilità passiva generata dalla domanda di prestazioni ospedaliere da parte della popolazione pugliese rivolta a strutture di fuori Regione.

Con Delibera CIPE 92 del 3.8.2012 sono stati assegnati € 80.000.000,00 alla Regione Puglia, nell’ambito dell’Accordo di Programma Quadro “Benessere e Salute” per l’intervento denominato “Realizzazione del nuovo Ospedale del Sud-Est Barese tra Fasano e Monopoli”, a cui è seguita la DGR 2787 del 14.12.2012 di destinazione della somma a valere sulle risorse CIPE.

A questo va aggiunto che con la Del. G.R. n. 1725 del 7 agosto 2012 la Regione Puglia ha provveduto ad approvare la proposta complessiva di realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri necessari a completare il disegno della rete delle strutture di riferimento lungo la dorsale adriatica e lungo la dorsale interna nord-sud che si può riepilogare come segue:

- il nuovo Ospedale nella ASL BT, denominato "nuovo Ospedale di Andria", al servizio dei Comuni dei distretti sociosanitari di Andria, di Canosa e, in parte, di Trani e Corato;
- il nuovo Ospedale del nord barese (ASL BA-BT), denominato "nuovo Ospedale del Nord-Barese", in posizione baricentrica rispetto ai principali Comuni della conca nord-barese (Trani, Bisceglie, Molfetta, Giovinazzo, Corato, Ruvo, Terlizzi);
- Il nuovo Ospedale del sud-est barese (ASL BA-BR), ovvero intermedio tra Bari e Brindisi, allocato in territorio di Monopoli e in posizione baricentrica rispetto ai principali Comuni del sud-est barese e dell'area nord-brindisina, verso cui è facilmente prevedibile che il nuovo Ospedale eserciterà un'attrazione positiva per alcune delle discipline specialistiche attivate;
- Il nuovo Ospedale dell'area jonica, a Taranto (ASL TA), denominato "nuovo Ospedale S. Cataldo di Taranto", allocato in un'area a ridosso del centro abitato e fuori dal nucleo urbano più congestionato, in Via A. Sordi nel quartiere Solito - Corvisea di Taranto, sulla direttrice verso Grottaglie e vicino all'area già interessata dai lavori per la realizzazione della Tangenziale Sud Taranto – Avetrana;
- il nuovo Ospedale del sud Salento (ASL LE), denominato "nuovo Ospedale del Salento", allocato in in posizione strategica sulla direttrice Maglie-S.M.di Leuca, per servire in modo efficace tutti i Comuni dei distretti di Maglie, Poggiardo e Martano, ma capace di interessare, per la sua accessibilità, anche molti Comuni nei distretti di Casarano, Gallipoli, Galatina e Nardò, soprattutto più distanti dall'area jonica.
- Con DGR 87/2013 è stato individuato il soggetto attuatore e il RUA. Inoltre con Del.1340 del 27.06.2014 ad oggetto: " Fondo per lo sviluppo e coesione 2007-2013- DGR n.2787 del 14.12.2012. APQ "Benessere e Salute". Indirizzi attuativi per la progettazione dell'intervento del nuovo Ospedale Monopoli-Fasano", la Giunta Regionale Pugliese ha rilevato:

"che il nuovo Ospedale riveste una importanza strategica ai fini dell'attuazione dell'APQ Benessere e Salute, in quanto può essere considerato un intervento pilota in vista della realizzazione di nuovi presidi ospedalieri, di dimensione simile, in attuazione del più complessivo piano di riordino della rete ospedaliera pugliese", evidenziando la volontà che "il nuovo Ospedale del sud-est barese sia definito in funzione della massima flessibilità, per rispondere alla costante evoluzione del settore sanitario determinata dai cambiamenti tecnologici e socio-demografici, nel quale...; il progetto dovrà essere sintesi tra ospitalità, funzionalità, architettura, ambiente e sostenibilità per consegnare al territorio un "modello" di nuovo ospedale che abbia almeno le seguenti caratteristiche: a) le soluzioni progettuali avanzate e la tecnologia all'avanguardia devono restituire una struttura ospedaliera dall'elevato grado di efficienza energetica; b) la progettazione deve essere l'esito di un lavoro multidisciplinare che ricerca e definisce le più innovative ed efficienti soluzioni tecniche e tecnologiche in corrispondenza di una organizzazione per processi, della garanzia di prestazioni complesse ed elevata qualità della degenza; c) la progettazione deve rispondere ad un approccio funzionale strutturale, modularità e flessibilità strutturale, compattezza, accoglienza, economia ed

integrazione col contesto di riferimento; d) la distribuzione degli spazi e delle dotazioni tecnologiche deve essere ottimizzata....., in termini di onerosità finanziaria..... e la complessità dell'opera, che presuppone valutazioni specifiche in ambito contabile/finanziario e di gestione economica, che si ritiene preferibile siano effettuate con il coinvolgimento di soggetti esterni alla P.A., in possesso delle necessarie specifiche competenze

L'attività di progettazione richiede pertanto una équipe multidisciplinare di progettisti, tali da assicurare approfondite analisi di fattività economico-finanziarie a sviluppo dello studio già elaborato ed oggetto di valutazione da parte del NVVIP, la progettazione clinico-gestionale dei percorsi ospedalieri per i pazienti e di tutte le logistiche a latere, nonché la progettazione tecnico-funzionale dei volumi, dei servizi a rete e della aree esterne, nell'ottica di una valutazione organica, vista la speciale complessità dei lavori e la necessità di predisporre progetti integrali, ai sensi dell'art.90, c.6, D.L.vo 163/2006;”..

Con la stessa delibera tra l'altro si disponeva:

il nuovo soggetto attuatore la ASL Bari; e che il RUP era individuato nell'Area Gestione Tecnica della ASL Bari;

" Il RUP...predisponga una procedura di evidenza pubblica per l'affidamento all'esterno.... di un incarico di progettazione clinico gestionale, progettazione tecnica preliminare e definitiva....";

Con Deliberazione del Direttore Generale ASL Bari 1569 del 28.08.2014 è stato nominato il RUP e la struttura di supporto.

Con il nuovo Presidio Ospedaliero del Sud Est Barese le strutture obsolete ricomprese nel territorio dell'intervento potranno essere riconvertite per la ridefinizione dei servizi territoriali, ad esempio, attraverso la realizzazione di Case della Salute/Presidi Territoriali della Salute al fine di erogare servizi di prevenzione, di diagnostica specialistica e di interventi in day surgery che non richiedano il ricorso al ricovero ospedaliero, indirizzando il cittadino ad un uso più appropriato dei servizi sanitari. L'obiettivo del progetto è quello di realizzare, dunque, una nuova struttura ospedaliera per complessivi 299 posti letto, che garantisca standard architettonici, gestionali ed organizzativi di eccellenza al fine di fornire una risposta adeguata ai bisogni di salute della popolazione e di ridimensionare le criticità fino ad oggi emerse. La nascita del nuovo ospedale favorirà il potenziamento delle strutture sanitarie territoriali ed in particolare dei medici di base, attraverso la riconversione delle strutture ospedaliere che verranno dismessi.

Il bacino demografico di riferimento per il nuovo ospedale è stato individuato in una popolazione potenziale di circa 236 mila abitanti; l'area così perimetrata abbraccia le province di Bari e Brindisi, interessando, dal punto di vista amministrativo e gestionale le tre ASL di competenza.

Nella tabella che segue viene riportato il peso specifico (in termini di potenziale attrazione verso il costruendo nuovo Ospedale) dei singoli Comuni in relazione la percentuale di popolazione potenzialmente

interessata, considerando la presenza di altri presidi o stabilimenti ospedalieri non destinati a chiudere e le dinamiche attuali osservate per la domanda di ricoveri:

Comune	Prov	Popolazione residente	% di interesse	Pop. Int.
Monopoli	BA	48.403	100	48.403
Conversano	BA	25.860	100	25.860
Polignano	BA	17.621	100	17.621
Locorotondo	BA	14.258	100	14.258
Alberobello	BA	10.870	80	8.696
Putignano	BA	26.957	50	13.479
Fasano	BR	39.431	100	39.431
Ostuni	BR	31.709	50	15.855
Cisternino	BR	11.678	100	11.678
Ceglie Messapica	BR	20.089	80	16.071
Martina Franca	TA	48.958	50	24.479
Totale bacino di riferimento		295.834		235.831

Il bacino di utenza è stato calcolato in modo da rappresentare il bacino potenziale da cui il nuovo ospedale attingerà pazienti, tenuto conto che:

- il nuovo ospedale si configurerà come ospedale intermedio rispetto alle prestazioni già erogate dai presidi territoriali e quindi una parte della popolazione target troverà soddisfacimento ai bisogni di salute di base nel proprio territorio di riferimento;
- nell'area considerata sono presenti anche presidi ospedalieri di riferimento aziendale o sovra-aziendale (Policlinico, Perrino, Miulli) che potranno ulteriormente assorbire una quota di pazienti per l'erogazione di prestazioni specialistiche mediche e/o chirurgiche di elevata complessità (es. patologie oncologiche).

Dalla tabella emerge con chiarezza quanto siano direttamente coinvolte nei processi le ASL di Bari e Brindisi, a differenza di quella di Taranto, interessata solo per una residua parte di utenza relativa al Comune di Martina Franca, che è necessario in ogni caso considerare per costruire lo scenario più completo, considerando l'attuale dotazione di strutture sanitarie del territorio e la rete delle comunicazioni interne all'area considerata.

Rispetto ai presidi ospedalieri esistenti, in relazione alle determinazioni già assunte con il Regolamento Regionale n. 11 del 7 giugno 2012, che disciplina la seconda fase di attuazione del Piano di Riordino Ospedaliero della Regione Puglia, i posti letto che sono destinati ad essere assorbiti dal nuovo presidio ospedaliero, sono in prima battuta:

Ospedale di Monopoli “S. Giacomo”	n. 157 p.l.
Ospedale Civile di Fasano	n. 70 p.l.

per un totale di 227 p.l. da assorbire nella nuova realizzazione, che sarà dimensionata per 299 posti letto in totale, con l'opportunità di completare l'offerta di posti letto e prestazioni per discipline specialistiche oggi carenti nell'area, rispetto ai 326 pl complessivi ante revisione di cui al Reg. R. n. 11/2012.

Si deve, peraltro, considerare che gravitano nell'area Comuni quali Alberobello, Locorotondo, Ceglie Messapica, Polignano che sono privi di uno stabilimento ospedaliero e che, nei mesi centrali dell'anno vedono incrementata significativamente la presenza di residenti e villeggianti, così come vi sono Comuni quali Ostuni e Martina Franca, che pur avendo un proprio presidio ospedaliero (immobili tuttavia di una certa vetustà), si rivolgono all'offerta ospedaliera del proprio territorio solo per il 39% e il 54% rispettivamente dei ricoveri.

Di seguito una sintesi dei principali indicatori di attività ospedaliera dei presidi ospedalieri presenti nell'area, con una particolare attenzione per gli Ospedali di Monopoli e Fasano, la cui offerta è destinata ad essere assorbita a regime dal nuovo ospedale, per lo stabilimento di Conversano, che è già stato disattivato nel giugno 2012, per effetto dell'avvio della seconda II fase del piano di riordino ospedaliero, con la contestuale definizione di un protocollo di intesa tra Regione Puglia, ASL BA e Comune di Conversano e di un piano di attività per la riconversione dello stabilimento in presidio di salute territoriale e poliambulatorio di III livello:

Tabella indicatori di offerta per i presidi di riferimento per il nuovo ospedale di Fasano-Monopoli (2012)

Indicatore	MONOPOLI	FASANO
Posti letto totali	157	70
Numero ricoveri totali	8.932	3.067
num. Ricoveri per residenti nel distretto	5150	2117
% ricoveri residenti nel distretto / totale	57,70%	69,00%
ricoveri per residenti in altri distretti della propria asl (% sul totale)	27,70%	8,20%
ricoveri per residenti pugliesi in altre asl (% sul totale)	12,85%	21,03%
ricoveri per residenti altre regioni - mobilità attiva (% sul totale)	1,75%	1,79%
Peso medio ricoveri totali	0,829	0,817
Degenza media ordinari	5,597	8,673
Occupazione media percentuale	65%	78%
Indice di rotazione	43	33
Indice di turnover	3	2
% chirurgici/Totale ordinari	28%	4%
Peso medio chirurgici	0,685	0,554
% ricoveri urgenti	73%	60%
Indice ricoveri ripetuti (Testo Unico conferenza Stato-Regioni)	1,13%	1,93%
% ricoveri norma/Totale ordinari	86%	88%
Val economico medio ricoveri norma	2.703	2.597

L'Analisi che segue mira a rappresentare un territorio, quello del Sud Est Barese, dal punto di vista socio-economico e soprattutto epidemiologico, con l'obiettivo di rintracciare fra gli elementi fondamentali alla base della scelta strategica di realizzare un nuovo presidio ospedaliero di riferimento per l'area, quello derivante dal bisogno della popolazione, ovvero dal fabbisogno di salute, che la popolazione dell'area oggi soddisfa in minima parte attraverso i presidi esistenti, per lo più generando fenomeni migratori, dai quali originano le maggiori criticità del sistema sanitario regionale.

Partendo dalla scelta localizzativa, ovvero l'agro di Monopoli, immediatamente a ridosso della Strada E 45 Bari - Lecce, l'area di riferimento abbraccia, come potenziale bacino di utenza, i comuni di Fasano, Monopoli, Conversano, Polignano, Alberobello, Putignano, Cisternino, Locorotondo, Martina Franca, Ostuni e Ceglie Messapica.

Comune	Provincia	Popolazione	Sup.	Densità	% interessata post intervento	Popolazione
			(kmq)	popolazione per kmq		interessata post
Monopoli		48.403	157,89	306,56	100	48.403
Conversano		25.860	128,42	201,37	100	25.860
Polignano	BARI	17.621	63,09	279,31	100	17.621
Locorotondo	54%	14.258	48,19	295,9	100	14.258
Alberobello		10.870	40,82	266,27	80	8.696
Putignano		26.957	100,16	269,15	50	13.479
Fasano		39.431	131,72	299,36	100	39.431
Ostuni		31.709	225,56	140,58	50	15.855
Cisternino	BRINDISI	11.678	54,17	215,58	100	11.678
Ceglie Messapica	36%	20.089	132,02	152,16	80	16.071
Martina Franca	TARANTO	48.958	298,72	163,89	50	24.479
	10%					
Bacino di utenza totale						235.831

(³) dati ISTAT al 01.01.2013

L'area oggetto di analisi presenta una densità di popolazione mediamente più elevata rispetto a quella regionale (209,2 dato ISTAT 2011). L'alta percentuale di popolazione residente nelle campagne, aggregata nelle numerose contrade che circondano i diversi nuclei urbani (per la sola Locorotondo se ne contano ben 138) rappresenta una singolare particolarità che contraddistingue l'aspetto demografico del territorio. Geograficamente la zona è delimitata ad ovest ed a sud dal territorio della provincia di Taranto ad est dal territorio della provincia di Brindisi, a nord parzialmente dalla provincia di Bari e Brindisi. L'orografia si caratterizza per la presenza di colline e di modeste superfici pianeggianti. Il territorio, pur appartenendo a tre province, è caratterizzato dal punto di vista fisico, economico e sociale da una elevata omogeneità e da una forte attrattività sotto il profilo paesaggistico, ambientale, storico-culturale ed architettonico. L'intero territorio presenta una variabilità altimetrica molto elevata che va dai 100 m.s.l. per alcune zone del territorio di Cisternino ai 517 m nel territorio di Martina Franca. L'Area così individuata è posizionata al centro della Regione Puglia - è un'Area nel complesso sostanzialmente omogenea dal punto di vista sia delle risorse ambientali che di quelle economiche e produttive, anche se coesistono aree rurali interne e tratti costieri. Gli 11 Comuni - localizzati tra le tre province di Bari (6), Brindisi (4) e Taranto (1) – occupano complessivamente una superficie di poco più di 1.380,76 chilometri quadrati, pari al 7 % circa dell'intero territorio regionale, area caratterizzata, per il 90% circa da “collina interna” e per il restante 10% circa, da una fascia costiera pianeggiante (Monopoli), che sale rapidamente verso le colline murgiane. Di seguito la distribuzione dei ricoveri effettuati nelle strutture regionali (residenti e mobilità attiva), per ASL di residenza e ASL di ricovero nel 2011.

2011								
ASL Ricovero	ASL di Residenza							Totale
	Bari	BT	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Fuori Regione	
Bari	232.096	15.375	9.294	3.303	3.376	17.980	11.865	293.289
BT	6.280	44.616	62	777	63	81	1.356	53.235
Brindisi	1.857	150	54.065	57	3.359	3.729	1.390	64.607
Foggia	4.367	7.402	785	135.759	1.322	1.799	11.726	163.160
Lecce	970	204	5.177	133	128.708	1.849	2.858	139.899
Taranto	1.835	156	4.446	69	701	77.169	2.585	86.961
Totale	247.405	67.903	73.829	140.098	137.529	102.607	31.780	801.151

Dai dati si evidenzia come la prima ASL di riferimento, risulta essere quella di Bari, con più di 293.000 ricoveri. Segue una tabella riassuntiva dei primi 30 DRG relativi al 2012 registrati per gli ospedali di Monopoli e Fasano.

Primi 30 DRG Monopoli e Fasano, anno

2012

DRG	Descrizione	TIPO	PESO	MONOPOLI	FASANO	TOT	%/TOT
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	0,44	391	45	436	3,60%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	0,46	334	74	408	3,40%
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,22	77	311	388	3,20%
391	Neonato normale	M	0,16	305	74	379	3,20%
127	Insufficienza cardiaca e shock	M	1,03	262	80	342	2,90%
298	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	M	0,27	70	202	272	2,30%
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	M	0,61	236	18	254	2,10%
390	Neonati con altre affezioni significative	M	0,21	222	29	251	2,10%
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	1,26	236		236	2,00%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,75		235	235	2,00%
243	Affezioni mediche del dorso	M	0,68	231	3	234	2,00%
371	Parto cesareo senza CC	C	0,73	171	58	229	1,90%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	0,74	197		197	1,60%
347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile, senza CC	M	0,61	191		191	1,60%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	C	0,48		188	188	1,60%
55	Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	0,82	182		182	1,50%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	0,54	148	29	177	1,50%
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC	M	0,52	154	14	168	1,40%
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	M	0,82	7	156	163	1,40%
379	Minaccia di aborto	M	0,44	79	68	147	1,20%
183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	0,56	125	20	145	1,20%
565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita 96+ ore	M	4,04	56	86	142	1,20%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	C	0,98	139	2	141	1,20%
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	M	0,66		129	129	1,10%
134	Ipertensione	M	0,67	53	62	115	1,00%
70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	M	0,32	91	20	111	0,90%
184	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	0,3	80	30	110	0,90%
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	M	0,4	89	17	106	0,90%
323	Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	M	0,55	104		104	0,90%
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	M	0,42	96		96	0,80%
	primi 30 DRG			4.326	1.950	6.276	52,30%
	altri DRG			4.606	1.117	5.723	47,70%
	TOTALE			8.932	3.067	11.999	100,00%

Legenda

M - Medico

C - Chirurgico

Peso - indicatore di complessità della patologia trattata

Di seguito sono riportati i dati sulla degenza media su base provinciale.

ASL	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bari	6,61	6,62	6,60	6,69	6,57	6,60
Brindisi	7,84	7,73	7,74	7,89	7,90	8,18
BT	6,01	6,30	6,36	6,39	6,44	6,30
Foggia	6,01	5,99	6,03	5,96	5,97	5,93
Lecce	6,41	6,41	6,55	6,56	6,44	6,59
Taranto	7,42	7,31	7,51	7,57	7,37	7,25
Puglia	6,59	6,59	6,65	6,69	6,61	6,64

L'adeguamento della rete ospedaliera dell'area del Sud Est Barese potrebbe, in termini teorici, concretizzarsi attraverso la riqualificazione dei presidi ospedalieri esistenti.

I due presidi di Monopoli e Fasano, dal punto di vista strutturale, non rispondono sicuramente alla nuova normativa antisismica, né risulta ipotizzabile un loro pieno adeguamento, sia da un punto di vista economico che tecnico. Nonostante gli interventi di adeguamento alle normative di sicurezza ed antincendio eseguiti, i suddetti presidi non sono attualmente dotati di certificati di prevenzione incendi per l'intera attività.

2.0 - POSSIBILITA' CONTRATTI PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO

Il presente studio non prende in considerazione alternative per il reperimento delle fonti finanziarie, anche in considerazione del fatto che le indicazioni nazionali sconsigliano di considerare forme di partenariato Pubblico Privato PPP ai fini della realizzazione dell'intervento, ancor più considerando che si è in presenza di un finanziamento già concesso con Delibera CIPE a valere sul fondo sviluppo e coesione.

Invece saranno valutate a conclusione del cantiere ipotesi di sperimentazione gestionale di specifici servizi in PPP al fine di acquisire know-how specialistico, a potenziamento di quanto il soggetto pubblico potrà attivare.

3.0 - IL NUOVO OSPEDALE.

Nello scenario descritto la realizzazione del nuovo Ospedale di livello intermedio, di riferimento di due territori provinciali, rappresenta una risposta equilibrata al fabbisogno di salute esistente.

Il progetto del nuovo ospedale del Sud Est Barese sarà improntato ai concetti fondamentali di flessibilità ed umanizzazione. Il progresso tecnologico e scientifico in atto ed in crescente evoluzione, il continuo cambiamento delle esigenze sanitarie e l'attuale attenzione ai temi della sostenibilità, del comfort e del benessere richiedono una riqualificazione strutturale, organizzativa e gestionale della complessa rete dei servizi socio-sanitari, che non deve invece essere ristretta alle semplici funzioni di diagnosi e cura. La funzione sociale di un ospedale si identifica, infatti, con il ruolo di struttura dedicata alla cura ed al recupero della salute, cui attualmente si affiancano necessariamente i compiti della ricerca scientifica e della formazione. Pertanto, un nuovo approccio alla progettazione dei luoghi della salute, prevede la localizzazione delle diverse macrofunzioni sanitarie in un unico sistema insediativo, così da favorire sinergie e relazioni non solo tra le diverse discipline ma anche tra le diverse funzioni di diagnosi, cura, ricerca e formazione che caratterizzano il complesso sistema-sanità.

La progettazione del nuovo sistema ospedaliero garantirà l'integrazione dello stesso con la città ed il territorio e le sue funzioni (commerciali, culturali, di ristoro e ricreative, congressuali, e residenziali): verrà

consentito di “entrare” nel nuovo ospedale ed all’ospedale di prendere così parte alla vita del territorio. Il complesso ospedaliero così pensato rappresenterà quindi un elemento urbano autonomo che non imporrà la necessità di realizzare nelle aree limitrofe servizi e attività ad esso connesse.

Il nuovo ospedale sarà in grado di conciliare le complessità tecnologiche con la dimensione umana per offrire all’utenza ambienti idonei e accoglienti ma anche sicuri e coinvolgenti per gli operatori in esso impiegati. Il nuovo ospedale introdurrà standard quali - quantitativi, ambientali, impiantistici e tecnologici in grado di garantire elevati livelli prestazionali in relazione al comfort alberghiero, alla funzionalità ed alla sicurezza.

L’assetto distributivo della struttura sanitaria sarà caratterizzato inoltre dall’articolazione in aree funzionali interconnesse ed organizzate in base alle esigenze di correlazione tra i servizi che le compongono.

Il progetto del nuovo ospedale prevederà un alto livello di efficienza ed umanizzazione dove l’uomo sarà posto al centro delle attività da svolgere: verrà realizzato infatti un ospedale “modello” che costituirà in tal senso uno dei più importanti interventi attuati dalla sanità pubblica di Bari e della Regione Puglia.

Nell’elaborazione dello studio di fattibilità sono state prese in esame le linee guida ministeriali e regionali per l’accreditamento delle strutture sanitarie; particolare attenzione è stata rivolta ai principi informativi ed alle linee guida definite dalla Commissione Ministeriale per il Nuovo Modello di ospedale, coordinata dall’Arch. Renzo Piano.

In questa prima fase relativa allo studio della fattibilità dell’intervento, i principi cardine sono stati:

- umanizzazione (centralità delle persona);
- urbanità (integrazione con il territorio e la città);
- socialità (appartenenza e solidarietà);
- organizzazione (efficacia e efficienza e benessere percepito);
- interattività (completezza e continuità assistenziale);
- appropriatezza (correttezza delle cure e dell’uso delle risorse);
- affidabilità (sicurezza e tranquillità);
- innovazione (rinnovamento diagnostico, terapeutico e tecnologico);
- ricerca (impulso all’approfondimento intellettuale e clinico);
- formazione (aggiornamento professionale e culturale).

In considerazione altresì, della circostanza che il nuovo stabilimento ospedaliero andrà a raccogliere le utenze, o parte di esse, dei comuni limitrofi, con D. G. R. n. 1725 del 07.08.2012 la Giunta Regionale ha stabilito un numero complessivo di posti letto pari a 299.

Pur ritenendo l'indicatore del numero dei posti letto non idoneo a definire la funzionalità e l'importanza del presidio e sostenendo invece che siano da valutare gli indicatori che distinguono l'attività e le prestazioni erogate, si ritiene questo range di dimensionamento ottimale per garantire l'eccellenza ed una buona gestione delle aree di diagnosi e cura, nonché delle aree critiche di alta specializzazione.

La struttura del nuovo ospedale del Sud Est Barese dovrà caratterizzarsi per una notevole flessibilità, favorita dalla modularità delle soluzioni edilizie ed impiantistiche che si adotteranno, quale requisito indispensabile per l'adattamento continuo delle stesso alle esigenze che mutano nel tempo.

Anche il sistema organizzativo dovrà essere ampiamente flessibile. L'aspetto più qualificante della progettazione e della gestione che ne consegue è l'organizzazione per processi di diagnosi e cura, con le correlate applicazioni dei concetti di adiacenza ed interrelazione funzionale delle strutture e dei percorsi che le collegano.

La struttura del modello proposto supera il concetto tradizionale di reparto: le funzioni specifiche non sono più legate alla peculiarità delle singole discipline specialistiche, bensì organizzate in aree dipartimentali.

Pertanto degenze, sale operatorie, laboratori, ambulatori e servizi speciali di diagnosi e cura saranno il più possibile centralizzati ed utilizzabili da molteplici professionalità, fatte salve ovviamente, le situazioni per le quali specifiche ed inderogabili necessità indichino di riservare la risorsa ad una specifica branca specialistica.

La logica dipartimentale richiede il ripensamento del tradizionale modello centrato sulla suddivisione dei servizi e sulla “proprietà” delle risorse produttive da parte delle UU.OO., svincolando la gestione della piattaforma logistica (posti letto, sale operatorie, ambulatori, apparecchiature di reparto, personale assistenziale) dalla tradizionale attribuzione “in proprietà” all'Unità Operativa.

Per rendere operativo questo modello non sarà necessario intervenire solo dal punto di vista organizzativo, ma anche da quello strutturale: le degenze dovranno essere strutturalmente identiche, così da poter essere utilizzate per qualsiasi scopo. L'organizzazione spaziale si baserà su criteri per il reciproco collegamento nella struttura dipartimentale. Si garantirà in tal senso la multidisciplinarietà e saranno evitati o limitati al minimo i lavori strutturali in caso di revisione del layout delle degenze.

L'obiettivo è infatti quello di realizzare una struttura in grado di accogliere le diverse aggregazioni di Unità Operative, senza compromettere tuttavia, in fase di revisione del layout delle degenze, gli elevati livelli assistenziali e di sicurezza, nonché gli standard alberghieri richiesti dall'utenza.

Il modello del nuovo ospedale che si vuole proporre con il presente studio di fattibilità si caratterizza principalmente per:

- coordinamento con le altre strutture del servizio sanitario regionale e nazionale;
- alta capacità e complessità di prestazioni, a fronte di contenuta capienza dell'area di degenza;

- alta qualità ed articolazione in diversi gradi di intensità di assistenza delle degenze;
- organizzazione per aree dipartimentali, al fine di migliorare l'efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico-scientifico;
- contenimento del tempo medio di ricovero;
- continuità nell'assistenza;
- sviluppo delle prestazioni in ambulatorio e diurne;
- alta utilizzazione delle attrezzature specialistiche;
- alta flessibilità strutturale e di utilizzo;
- dimensione contenuta e compattezza con ottimizzazione dei percorsi, con una gerarchizzazione dovuta ai collegamenti principali;
- contiguità dei servizi più utilizzati nell'ambito dei percorsi di diagnosi e di cura;
- ottimizzazione dei flussi;
- sicurezza e contenimento del rischio;
- integrazione con la città ed il contesto socio culturale;
- articolazione planimetrica notevole per consentire, attraverso lo sviluppo delle facciate, la possibilità di avere ambienti con illuminazione ed areazione naturale, con finestre a tutta altezza, almeno per le degenze per consentire la visione della campagna circostante ai pazienti allettati;
- limitata altezza delle volumetrie per un maggior contatto con il verde esterno, nonché notevole distanza tra edifici e facciata per il necessario soleggiamento.

4.0- ANALISI DELLE POSSIBILI ALTERNATIVE. DESCRIZIONE DEL CONTESTO ESISTENTE E SUA RIQUALIFICAZIONE/ADEGUAMENTO.

In teoria, la riorganizzazione della rete ospedaliera del Sud Est Bare potrebbe realizzarsi con la riqualificazione degli Ospedali esistenti. Ma praticamente i due plessi di Monopoli e Fasano non rispondono alla normativa antincendio ne tantomeno a quella antisismica, né risulta ipotizzabile un loro pieno adeguamento, sia dal punto di vista economico che tecnico.

In particolare, si illustra di seguito la situazione di dettaglio degli stabilimenti ospedalieri esistenti da un punto di vista della qualità del patrimonio edilizio esistente, sulla base della puntuale ricognizione condotta dall'Area Gestione Tecnica delle ASL di Bari e di Brindisi con un dettaglio degli investimenti da effettuarsi nei futuri N°6 anni.

Presidio Ospedaliero di Fasano

Il presidio Ospedaliero di Fasano non ha mai subito interventi di manutenzione straordinaria (in oltre vent'anni). Dal punto di vista architettonico presenta diffusi fenomeni di distacco del copriferro, dell'intonaco esterno e di ammaloramento dei ferri di armatura.

L'area esterna è, per estensione, assolutamente insufficiente al fabbisogno di parcheggi per i mezzi di servizio e soccorso, utenza e personale. Per tale motivo, nonostante i ripetuti tentativi di riorganizzazione degli spazi, la stessa si presenta caotica e disorganizzata. La struttura esistente non consente la realizzazione di percorsi differenziati, meccanizzati nonché la realizzazione di nuovi percorsi verticali. La struttura è dotata di area esterna insufficiente per ospitare i mezzi di servizio, soccorso, personale ed ospiti. Le aree adiacenti, non sono dotate neanche di strutture private o aree adibite a parcheggio.

L'impianto di riscaldamento è costituito da una nuova centrale termica ad acqua calda, ma da un'obsoleta rete di distribuzione dell'acqua. L'impianto di condizionamento è centralizzato unicamente nel blocco operatorio, dialisi e poliambulatori. Negli altri ambienti sono installati numerosissimi impianti autonomi tipo split-system. La struttura non è dotata di un certificato di prevenzione incendi complessivo, pur avendo ottenuto pareri di conformità sul progetto di adeguamento generale.

La struttura ospedaliera è situata nel cuore della città di Fasano, con immaginabili difficoltà di accesso veloce dalle aree periferiche. I costi per gli interventi di manutenzione straordinaria necessari, che saranno successivamente considerati nell'analisi economico finanziaria sviluppata nel capitolo 6 del presente documento, sono stati stimati dall'Area Tecnica della ASL di Brindisi come segue:

Voce di costo	Anni						Totale
	1	2	3	4	5	6	
TOTALE INVESTIMENTO	€ 3,800,000,00	€ 3,800,000,00	€ 3,800,000,00	€ 3,800,000,00	€ 3,800,000,00	€ 3,800,000,00	€ 22,800,000,00
Opere civili	€ 2,000,000,00	€ 2,000,000,00	€ 2,000,000,00	€ 2,000,000,00	€ 2,000,000,00	€ 2,000,000,00	€ 12,000,000,00
Opere impiantistiche	€ 400,000,00	€ 400,000,00	€ 400,000,00	€ 400,000,00	€ 400,000,00	€ 400,000,00	€ 2,400,000,00
Altri costi (Apparecchiature e spese tecniche)	€ 400,000,00	€ 400,000,00	€ 400,000,00	€ 400,000,00	€ 400,000,00	€ 400,000,00	€ 2,400,000,00
Manutenzione straordinaria	€ 1,000,000,00	€ 1,000,000,00	€ 1,000,000,00	€ 1,000,000,00	€ 1,000,000,00	€ 1,000,000,00	€ 6,000,000,00

Tali investimenti in opere, impianti, e manutenzioni straordinarie devono assicurare il completo adeguamento normativo e funzionale dell'ospedale in termini di esigenze immediate di sicurezza antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, eliminazione delle barriere architettoniche, condizioni microclimatiche e requisiti di accreditamento sanitario.

Presidio Ospedaliero di Monopoli

Il P.O. di Monopoli eroga prestazioni di livello basso/intermedio ed un livello sufficiente di standard alberghieri; lo stesso è allocato nel centro urbano in un'area a forte rischio di congestionamento.

Il presidio, dal punto di vista strutturale non risponde sicuramente alla nuova normativa antisismica, né risulta ipotizzabile un suo adeguamento, sia da un punto di vista economico che tecnico. Molti reparti della struttura non risultano adeguati al D.P.R. 37/1997 e non offrono sufficienti standard alberghieri, se non per la parte in ampliamento di recente realizzazione.

A causa della carenza di spazi all'interno della stessa e dello sviluppo planimetrico della struttura cresciuta nei decenni "per gemmazione" con rigidità strutturale, non è possibile ipotizzare una ridistribuzione dei reparti e servizi in maniera ottimale. In molte parti sono presenti significativi fenomeni di distacco del copriferro e dell'intonaco ed ossidazione delle armature che hanno ridotto la sezione resistente degli elementi strutturali. Sarebbero necessari pertanto costosi interventi di irrigidimento della struttura con idonei materiali.

<i>Voci di costo</i>	<i>Anni</i>						<i>Totale</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	
TOT. INVESTIMENTO	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000	45.000.000
Opere civili	4.500.000	4.500.000	4.500.000	4.500.000	4.500.000	4.500.000	27.000.000
Opere impiantistiche	700.000	700.000	700.000	700.000	700.000	700.000	4.200.000
Altri costi	600.000	600.000	600.000	600.000	600.000	600.000	3.600.000
Manutenzione straordinaria	1.700.000	1.700.000	1.700.000	1.700.000	1.700.000	1.700.000	10.200.000

(fonte: Area tecnica ASL BA)

Anche in questo caso, i costi di investimento e di manutenzione straordinaria riguarderanno l'adeguamento normativo e funzionale in materia di sicurezza antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, eliminazione delle barriere architettoniche, condizioni microclimatiche e requisiti di accreditamento sanitario.

In particolare le opere indifferibili saranno:

- adeguamento sismico dei corpi di fabbrica nei limiti dei vincoli derivanti dalla tutela del patrimonio architettonico esistente e dalla natura strutturale degli edifici esistenti: il nucleo storico risalente al 1600, attiguo alla chiesa e circostante all'antico chiostro, era un convento;
- ristrutturazione e realizzazione dei percorsi finalizzati alla razionalizzazione dei flussi orizzontali e verticali degli utenti fra le varie aree sanitarie esistenti anche in conformità con la vigente normativa di sicurezza antincendio;
- costruzione di un nuovo edificio in ampliamento dell'ala B" (demolendo l'attuale Pronto Soccorso) per realizzare una piastra polifunzionale che possa accorpare in un unico blocco il servizio di pronto soccorso, l'UTIC, il servizio di Rianimazione e il quartiere operatorio con tutte le premesse per un nuovo Dipartimento di Emergenza funzionale ed attrezzato oltre che opportunamente interconnesso con l'ala "A"; attualmente tra l'ala "A" e l'ala "B" esiste un notevole dislivello di quota dei piani;
- centralizzazione e razionalizzazione degli impianti tecnologici, con interventi di efficientamento energetico relativi al sistema edificio-impianti, considerati i notevoli consumi di energia termica (gas metano) ed elettrica che oggi si registrano.

Una prima considerazione da fare è di carattere generale, da ritenersi quindi valida in tutti i casi in cui si debbano valutare situazioni analoghe di sostituzione di vecchie strutture ospedaliere con nuovi ospedali.

L'evoluzione delle tecniche assistenziali, l'incalzante aggiornamento delle tecnologie sanitarie, lo sviluppo delle normative che regolano la funzionalità e la sicurezza delle strutture e degli impianti, sono tutti elementi di un quadro in continua trasformazione che negli ultimi venti anni ha registrato un andamento in costante progressione. In questo contesto l'adeguamento di edifici ospedalieri esistenti diventa una sfida sempre più difficile da vincere in quanto i tempi tecnici di adeguamento delle strutture esistenti sono sempre più lenti di questa evoluzione.

Come si desume dalla descrizione dello stato attuale delle strutture, entrambe gli ospedali si sono sviluppati nel corso degli anni per successive addizioni, quindi l'organismo edilizio che ne risulta, non essendo stato progettato in modo unitario, non ha una logica organizzativa e distributiva della gerarchia degli accessi, della separazione dei percorsi orizzontali e verticali, e degli spazi in generale. In particolare i percorsi sono lunghi, non risulta possibile realizzare una loro separazione per funzioni, sono difficilmente identificabili e quindi dispersivi.

Le degenze sono ovviamente organizzate a corpo doppio o triplo e quindi richiedono maggiori percorrenze al personale sanitario rispetto all'adozione del corpo quintuplo. Non è possibile realizzare l'automazione dei trasporti.

Le attuali strutture in c.a. o in muratura hanno degli interassi molto ridotti e quindi presentano una grande rigidità in caso di ristrutturazione ed in conseguenza vincolano in modo determinante la progettazione architettonica per una distribuzione moderna ed ottimale degli spazi.

Si rileva una carenza diffusa di superficie per i servizi di supporto delle aree di degenza e per i servizi generali, che risultano quindi spesso insufficienti per garantire una buona funzionalità delle attività sanitarie.

Le aree esterne sono soprattutto aree di risulta conseguenti agli sviluppi edilizi avvenuti nel tempo per addizioni successive e quindi prive di una consistenza e di una configurazione che le renda effettivamente funzionali alle attività sanitarie.

Viceversa gli ospedali moderni devono essere pensati, progettati e costruiti con criteri di flessibilità tali da consentire nell'arco della loro vita utile di essere modificati ed adattati a nuove esigenze funzionali e normative in modo semplice, rapido ed economico.

Inoltre una progettazione moderna ed unitaria potrà realizzare un organismo compatto che consentirà di avere notevoli economie gestionali sia sotto il profilo delle risorse umane che dei consumi energetici.

Sulla base di quanto illustrato si evidenziano di seguito le criticità di carattere sanitario e di carattere tecnico che si ritiene costituiscano limiti oggettivi di prosecuzione del programma di accreditamento delle strutture rispetto all'assetto attuale:

Criticità sanitarie attuale organizzazione

L'organizzazione attuale dei due stabilimenti ospedalieri distanti circa 13 Km uno dall'altro, determina le seguenti criticità sanitarie:

- Duplicazione dei servizi e di UU.OO. soprattutto di diagnostica radiologica e laboratoristica, dialisi, endoscopia, anestesia e medicina;
- La presenza di due blocchi operatori con frammentazione di risorse in termini di personale e tecnologie;
- Disomogeneità dei percorsi diagnostico terapeutici per diversa disponibilità di risorse tecnologiche avanzate e di servizi nei due stabilimenti ospedalieri.
- Difficoltà ad organizzare in modo compiuto il modello dell'ospedale per intensità di cure e per aree funzionali omogenee, per le problematiche legate alla situazione strutturale degli edifici attuali.
- Impossibilità ad ampliare e potenziare l'attività di day service per la diversa organizzazione dei due stabilimenti ospedalieri con servizi e UU.OO. diversamente rappresentate.

Tuttavia il patrimonio edilizio di cui alle dismissioni, come già riportato nello SdF della Regione, dovrà essere oggetto di riuso, con riconversione e rifunzionalizzazione in Presidi Territoriali, a completamento della rete territoriale di assistenza socio-sanitaria, oggi carente. Si pensi alle funzioni territoriali accentrate in Case della Salute/Presidi Territoriali della Salute, Poliambulatori, al fine di erogare servizi di prevenzione, di diagnostica specialistica e di interventi in day surgery, che non richiedono il ricorso al ricovero ospedaliero ed indirizzando il cittadino ad un uso più appropriato dei servizi sanitari..

Infatti la Regione con il Piano regionale della salute 2008-2010, approvato col LR 23/2008, , tra l'altro ha previsto una riorganizzazione della rete ospedaliera, nonché la riconversione in strutture sanitarie territoriali degli ospedali dismessi.

La rifunzionalizzazione può essere inserita nel piano di finanziamenti di cui al Programma Attuativo Regionale FSC 2007-2013 Asse 3 linea 3.1,, che già è in atto la riqualificazione dell'offerta sanitaria territoriale con la realizzazione della rete di Poliambulatori, di Strutture dipartimentali (DDP e DSM), di consultori, di centri di riabilitazione, ecc. Tale piano di finanziamenti rappresenta una politica di intervento complementare alla rivisitazione della rete ospedaliera, per il graduale potenziamento dei servizi sanitari territoriali e distrettuali.

In tale ottica la nascita del nuovo ospedale favorirà il potenziamento delle strutture sanitarie territoriali, attraverso la riconversione delle strutture ospedaliere che verranno dismesse.

5.0 - SCELTE PROGRAMATICHE E INQUADRAMENTO TERRITORIALE

Nel periodo gennaio 2011 – giugno 2012 le strutture regionali competenti hanno svolto una intensa attività istruttoria a seguito della quale è stato possibile articolare la proposta complessiva di realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri necessari a completare il disegno della rete delle strutture di riferimento lungo la dorsale regionale adriatica e lungo la dorsale interna nord-sud.

Nell’ambito di tale proposta rientra il nuovo Ospedale del sud-est barese (ASL BA – BR), allocato in un’area al confine tra le province di Bari e Brindisi, a ridosso della SS 16, tra Monopoli e Fasano, e in posizione baricentrica rispetto ai principali comuni del sud-est barese, dell’area nord-brindisina e della Valle d’Itria.

Con nota prot.0012039/2013-urb del 7.3.2013 il Comune di Monopoli ha trasmesso all’Ass.to OO.PP. e Prot.Civile e al Servizio LL.PP: della Regione Puglia una proposta di localizzazione dell’intervento in una area in località l’Assunta.

L’area individuata è stata sottoposta ad una prima analisi di fattibilità, rispetto ai principali vincoli paesaggistici, ambientali e urbanistici che ne ha individuato per macro livelli le principali situazioni di criticità e rischio ambientale tra cui spiccava la presenza di emergenze storico-culturali (ulivi monumentali) e geo-morfo-idrogeologiche (lame).

Ora, sulla scorta di un maggior approfondimento delle esplorazioni pre-progettuali inizialmente effettuate nonché sulla scorta delle risultanze emerse nell’ambito della redazione del piano dei servizi PUG a suo tempo effettuata dal Comune di Monopoli, è stato possibile definire con maggior dettaglio la localizzazione del sito d’intervento in funzione della minimizzazione degli impatti ambientali e dell’ottimizzazione delle scelte preventive necessarie a ridurre gli ostacoli tecnici, procedurali ed economico-gestionali per l’elaborazione del progetto.

In sintesi, gli aspetti favorevoli che hanno condotto alla scelta della localizzazione dell’area più adatta ad una agevole realizzabilità del nuovo ospedale del sud-est barese, sono riassumibili come segue:

- facile accessibilità dalla S.S. 16 per effetto della presenza di svincoli in entrambe le direzioni di marcia;
- prossimità della linea ferroviaria e della stazione ferroviaria di Egnazia (a circa 3 km);
- assenza di vincoli assoluti in quanto l’area è a prevalente destinazione per *“Contesti a prevalente funzione agricola da tutelare e rafforzare”*;
- distanza tra i reticoli idrografici presenti superiore agli 800 m;
- economicità procedurale della variante urbanistica derivante dalla esclusiva competenza del Consiglio Comunale nei casi in cui non si incide su componenti strutturali;
- contenimento dei costi per effetto della circostanza che il piano urbanistico di Monopoli è un piano perequato che consente di acquisire le aree da destinare ad opere di pubblica utilità a costo zero in cambio di diritti volumetrici atterrabili nelle attigue aree interessate.

Relativamente alle verifiche di compatibilità e sostenibilità di cui nel seguito, è necessario, visti i tempi stretti del crono programma, attivare le richieste di parere ed autorizzazioni agli enti competenti con tempestività, avendo già acquisito, in sede di Conferenza di servizi indetta dalla Direzione dell’Area Politiche per la promozione della salute delle persone e delle pari opportunità, la disponibilità alla

collaborazione, in particolare dell’Autorità di Bacino della Puglia e Area Politiche per la mobilità e qualità urbana.



Scalo ferroviario Egnazia



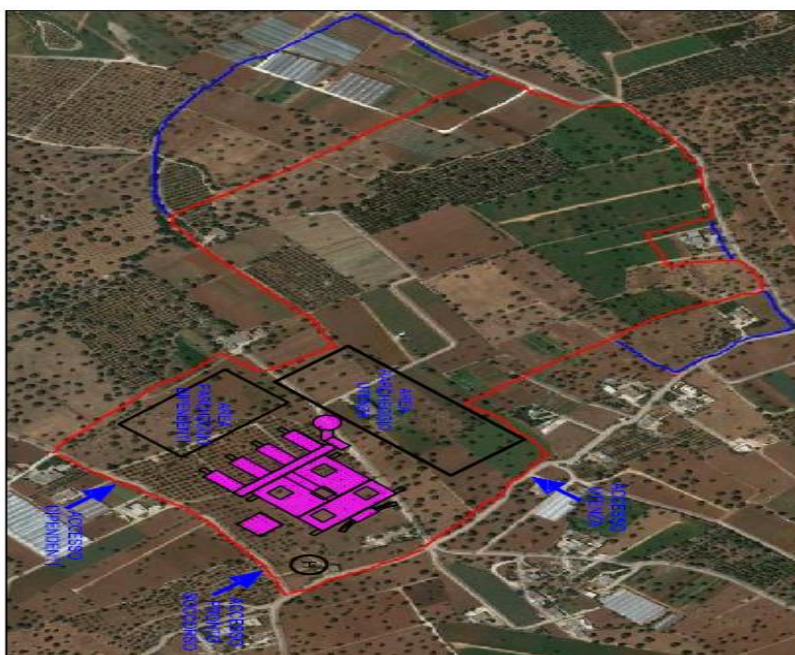
- svincolo nord esistente
L'Assunta - Paterno
- viabilità di progetto
- svincolo sud esistente
Lamalunga - S.A.d'Ascula
- viabilità di progetto



svincolo nord esistente
L'Assunta - Paterno



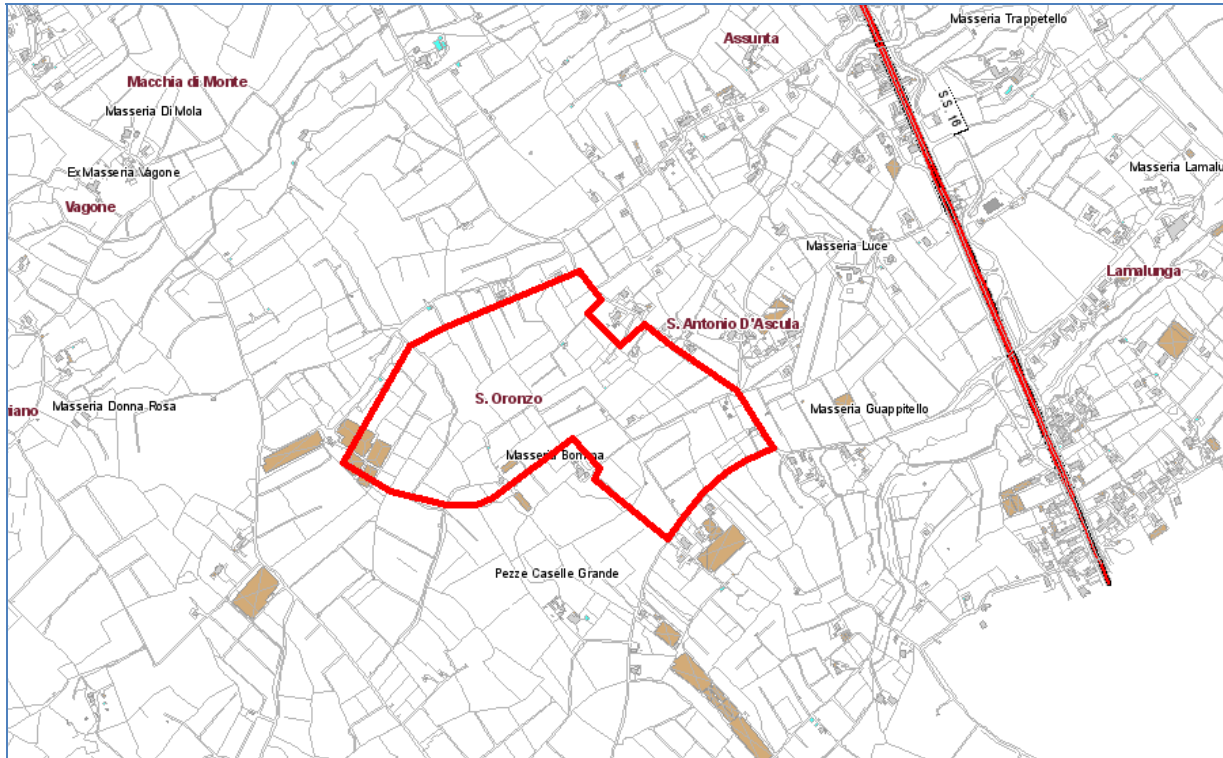
svincolo sud esistente
Lamalunga - S.A.d'Ascula



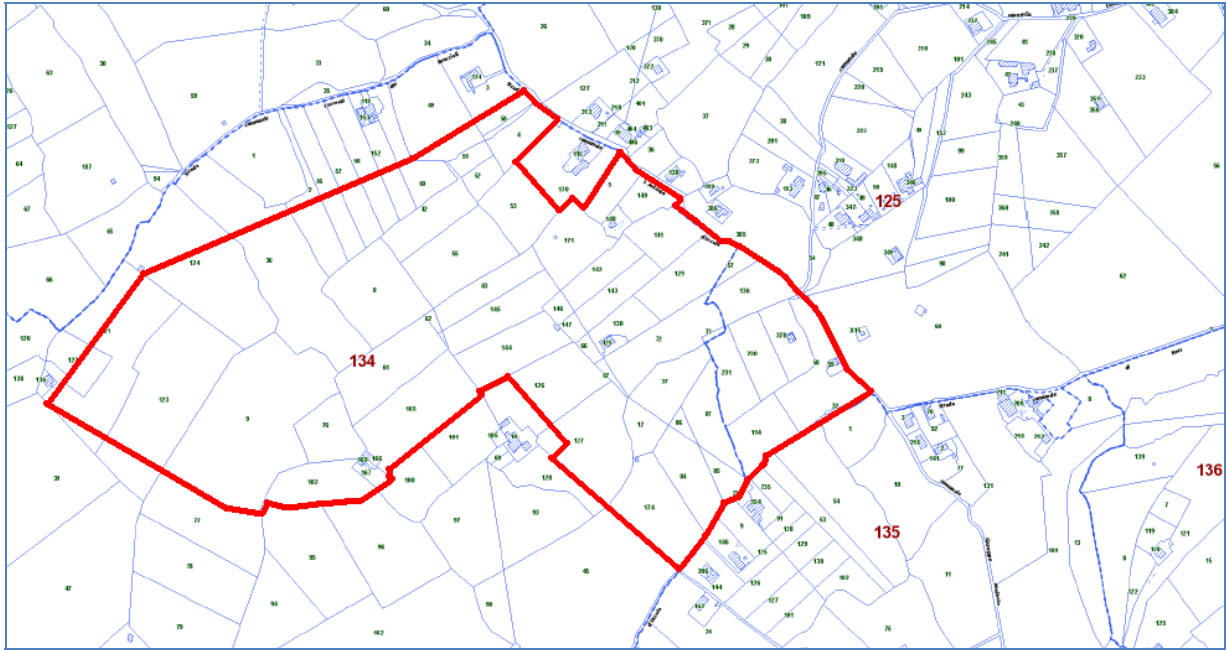
5.0 - UBICAZIONE E MORFOLOGIA

Verifica della compatibilità dell’opera con il quadro normativo in materia ambientale e della conformità rispetto agli strumenti di pianificazione di settore

L’ambito di intervento è collocato in Comune di Monopoli, in posizione sud-est del territorio comunale compreso tra le contrade S. Oronzo e S. Antonio D’Ascula e dista circa 1 km dalla SS 16.



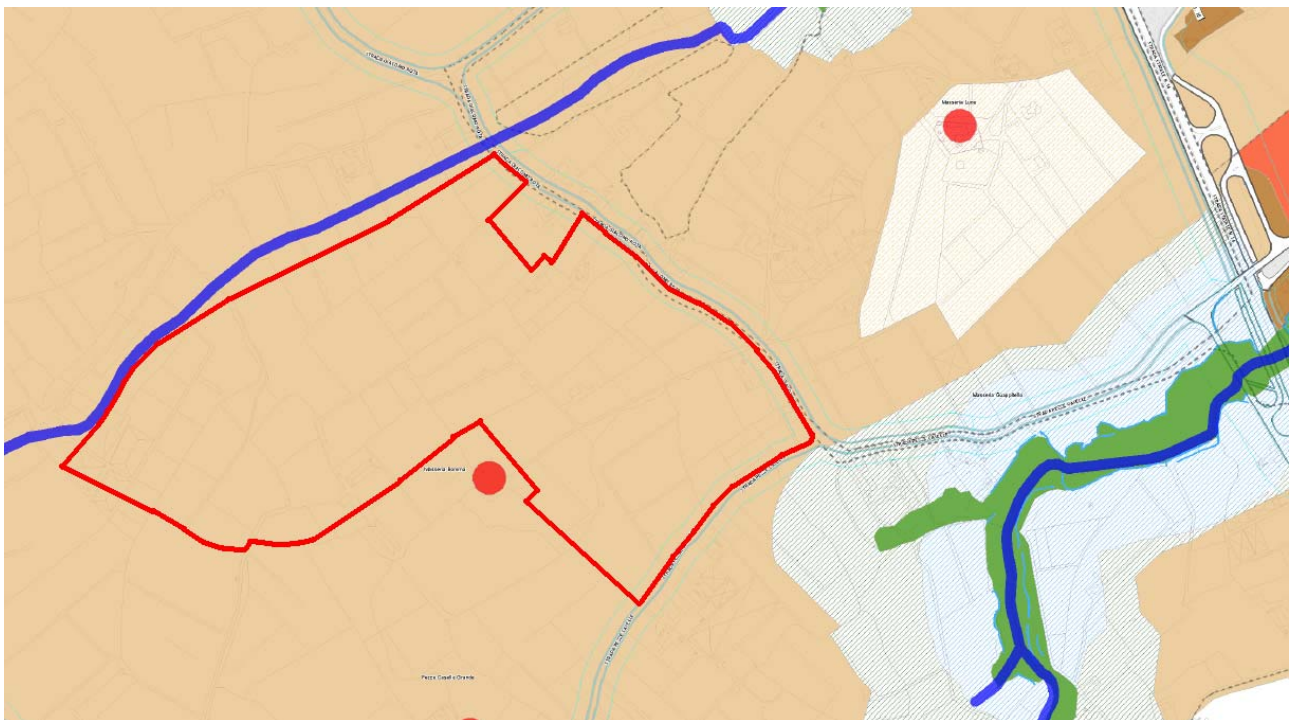
1 - Individuazione del sito su CTN



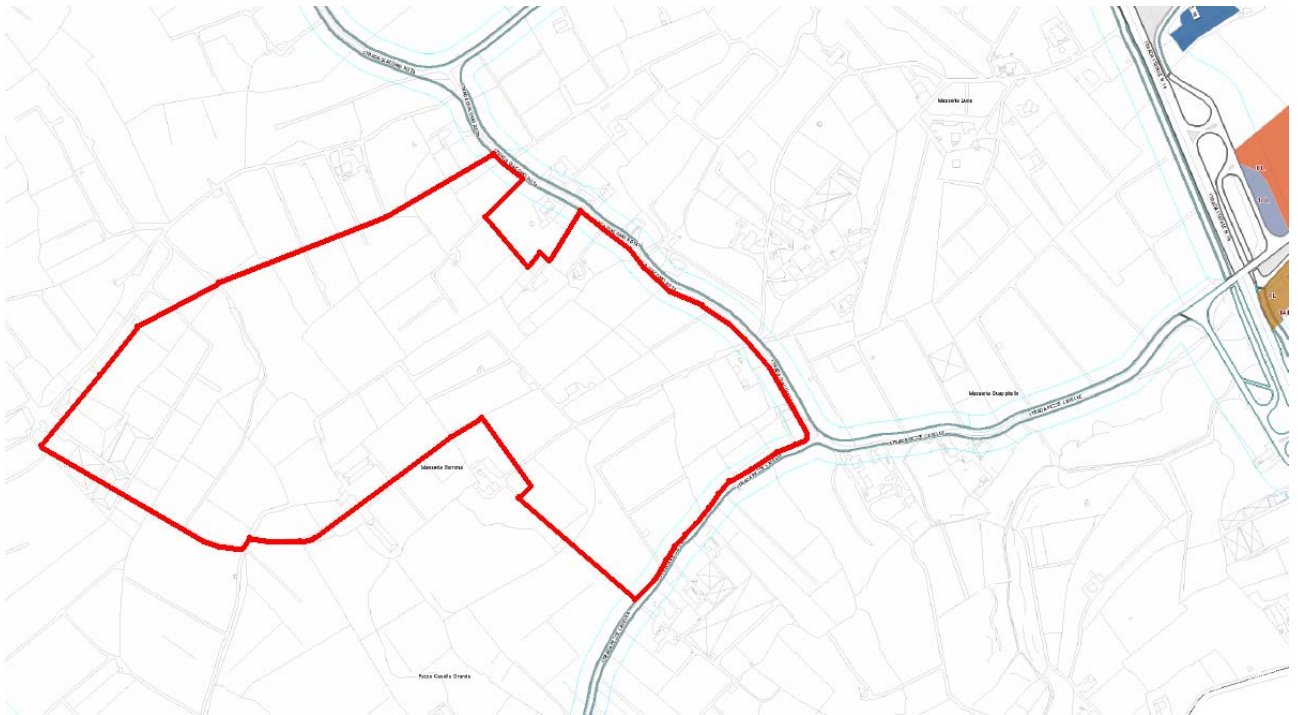
2 – Individuazione del sito su mappa catastale

Il sito di intervento in relazione al PUG

Il sito è ricompreso dal PUG/S in “Contesti rurali a prevalente funzione agricola da tutelare e rafforzare” di cui all’art. 30/S delle NTA e dal PUG/P in “Contesti rurali a prevalente funzione agricola da tutelare e rafforzare” di cui all’art. 32/P bis delle NTA.



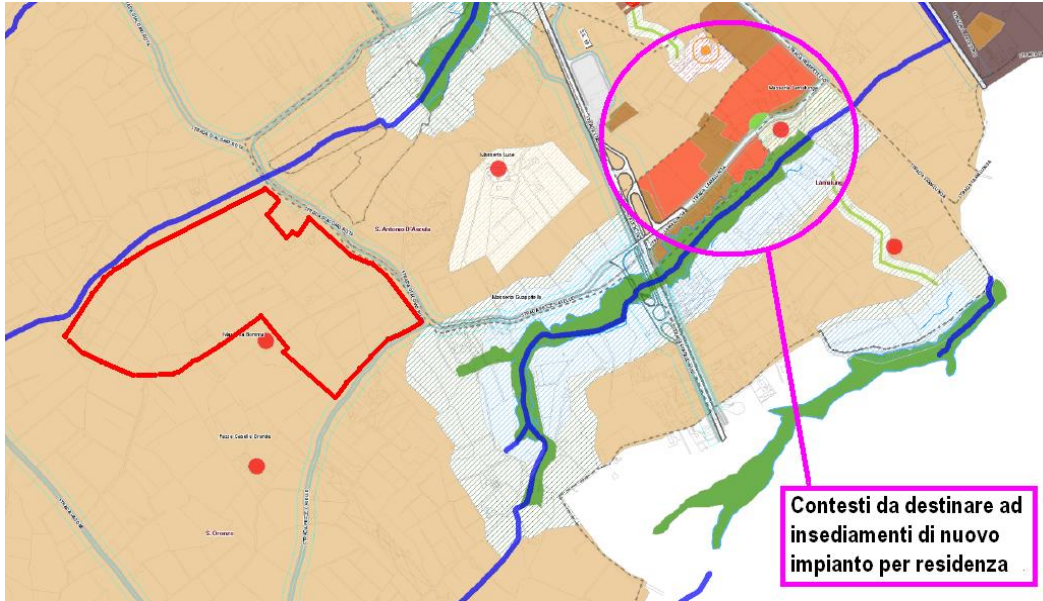
3 - Estratto PUG/S con individuazione del sito



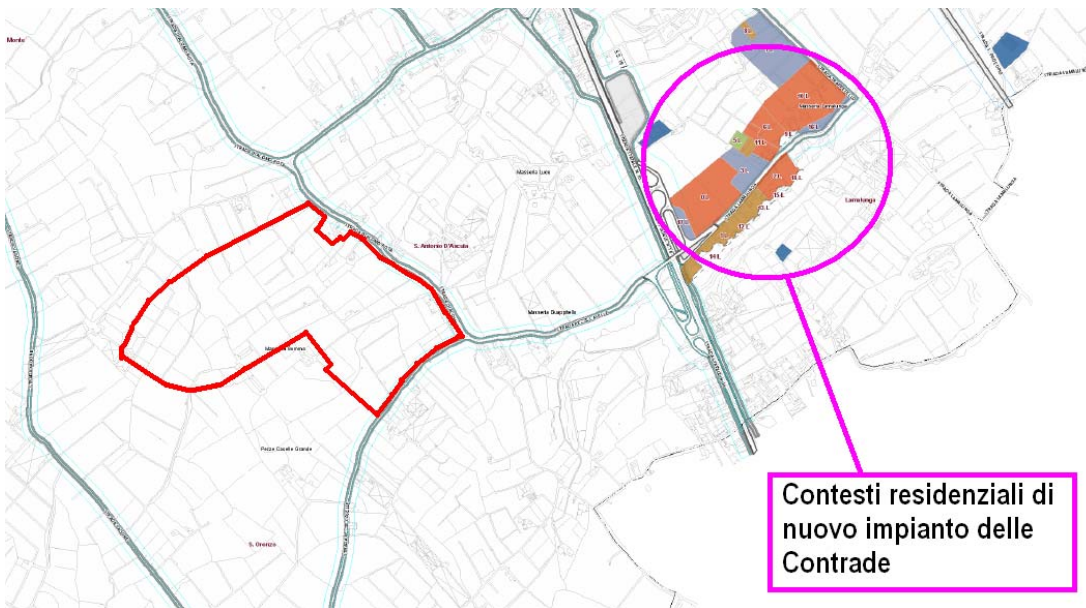
4 - Estratto PUG/P con individuazione del sito

L’area d’intervento, andandosi ad inserire in un ambito del Comune di Monopoli caratterizzato da una elevata parcellizzazione delle proprietà fondiarie, ben si presta ad evitare l’insorgenza di fenomeni speculativi che possono dar luogo alla costruzione incontrollata di nuovi insediamenti edilizi con il relativo aumento del carico antropico ed i relativi effetti negativi sull’ambiente circostante che inevitabilmente ne deriverebbero. Circostanza questa peraltro già evitata dalle previsioni del PUG vigente che ha destinato allo sviluppo di nuovi insediamenti le aree ad est della S.S. 16 poste specularmente rispetto al sito prescelto per il nuovo ospedale.

Infatti, dall’esame della pianificazione urbanistica attuata dal Comune di Monopoli, così come emerge dalle previsioni strutturali del PUG in uno con le relative previsioni programmatiche e attuative, risulta che le scelte di assetto di medio e lungo periodo del territorio comunale nelle aree prossime al sito d’intervento prevedono già la loro trasformazione urbanistica per poter accogliere nuovi insediamenti residenziali con i relativi servizi e le relative infrastrutture. Da ciò deriva la convenienza della scelta del sito sia in termini di coerenza con la strategia urbanistica comunale sia in relazione alla sostenibilità dell’intervento in relazione agli effetti sul territorio.



Estratto PUG/S con individuazione del sito in rapporto ai nuovi insediamenti



Estratto PUG/P con individuazione del sito in rapporto ai nuovi insediamenti

Tale scelta strategica di localizzazione nel comune di Monopoli incontra un'ulteriore vantaggio di natura economico-procedurale dell'intervento.

Infatti il PUG del comune di Monopoli è tra i primi piani che prevede la perequazione urbanistica come prevista dalla legge regionale di riforma -la legge urbanistica n. 20/2001- disciplinata nelle sue

modalità attuative nei c.d. “Indirizzi, criteri e orientamenti per la formazione dei Piani Urbanistici Generali (PUG)”, parte del Documento Regionale di Assetto Generale (DRAG), attraverso i due principali modelli perequativi (ormai consolidati in ambito disciplinare) da utilizzare nella parte programmatica del PUG. Negli “Indirizzi” è indicata una metodologia applicativa consistente nella classificazione delle aree oggetto di applicazione perequativa per stato di fatto e di diritto a cui consegue l'attribuzione di diritti edificatori ciò affinché il principio perequativo divenga efficace ed effettivo strumento di politica fondiaria.

Pertanto le aree oggetto di trasformazione urbanistica possono presentare caratteristiche diverse, legate al contesto territoriale in cui sono inserite e, quindi, solo ai proprietari di suoli nelle stesse condizioni va attribuito uno stesso indice perequativo.

Ancora, gli “Indirizzi” richiamano come ulteriore modalità di attuazione della perequazione urbanistica la possibilità offerta dall'art.21 della LR 3/2005, “Permuta di terreni in esproprio con diritti volumetrici” che attribuisce a quei proprietari di aree soggette a esproprio (che scelgano la cessione bonaria ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 327/2001) diritti volumetrici in alternativa all'indennizzo di esproprio. Tant'è che l'art. 7.02/S delle NTA del PUG di Monopoli prevede che il piano, in applicazione dei criteri generali della perequazione, possa prevedere l'attribuzione al comune, che può cederla ad altri soggetti, di una quota di diritti edificatori da destinare a eventuali interventi di compensazione connessi alla realizzazione di opere pubbliche e ad altre finalità di interesse pubblico, comprese quelle previste dall'art. 21 della L.R. 3/2005.

E' proprio tale principio che potrà essere applicato nell'intervento di che trattasi “permutando” la acquisizione bonaria delle aree di intervento (consentendo quindi quasi di azzerare la posta economica messa a disposizione per gli espropri) con il riconoscimento di diritti che il comune di Monopoli potrà prevedere nelle aree contermini adottando specifiche perimetrazioni di comparti perequativi laddove potranno trovare adeguato, se non migliore, soddisfacimento le aspettative dei proprietari di terreni, oggi sostanzialmente agricoli.

Le procedure per tale determinazione sono state altresì oggetto di specifica variante normativa adottata dal Comune di Monopoli che addirittura introduce già lo schema di convenzione per la cessione di diritti volumetrici, e che ha già trovato applicazione nella realizzazione di opere pubbliche già realizzate nei confronti di ditte espropriate che, ben volentieri hanno accettato un credito volumetrico in luogo di una indennità di esproprio non adeguatamente soddisfacente delle loro pretese.

Lo stesso art. 6 delle NTA del PUG delinea inoltre, dal punto di vista procedurale, come possa attuarsi il PUG con particolare riferimento agli interventi di compensazione. Infatti esso prevede che l'amministrazione comunale possa prevedere, con apposito provvedimento, altri interventi di compensazione finalizzati alla realizzazione di attrezzature e opere pubbliche a fronte dell'assegnazione di ulteriori quote di edificabilità, utilizzando uno dei “programmi complessi” di cui all'art. 15 della LR 20/2001,

prevedendo, in caso di modifiche alle revisioni della parte strutturale del PUG, un apposito Accordo di Programma con la Regione Puglia

Descrizione dell'ambiente interessato dall'opera

L'area di intervento ha forma irregolare e andamento pressoché pianeggiante. Essa è caratterizzata dalla presenza di piante arboree destinate ad una produzione agraria accessoria rispetto alle colture orticole



5 – Foto del sito



6 – Foto del sito



7 – Foto del sito



8 – Foto del sito

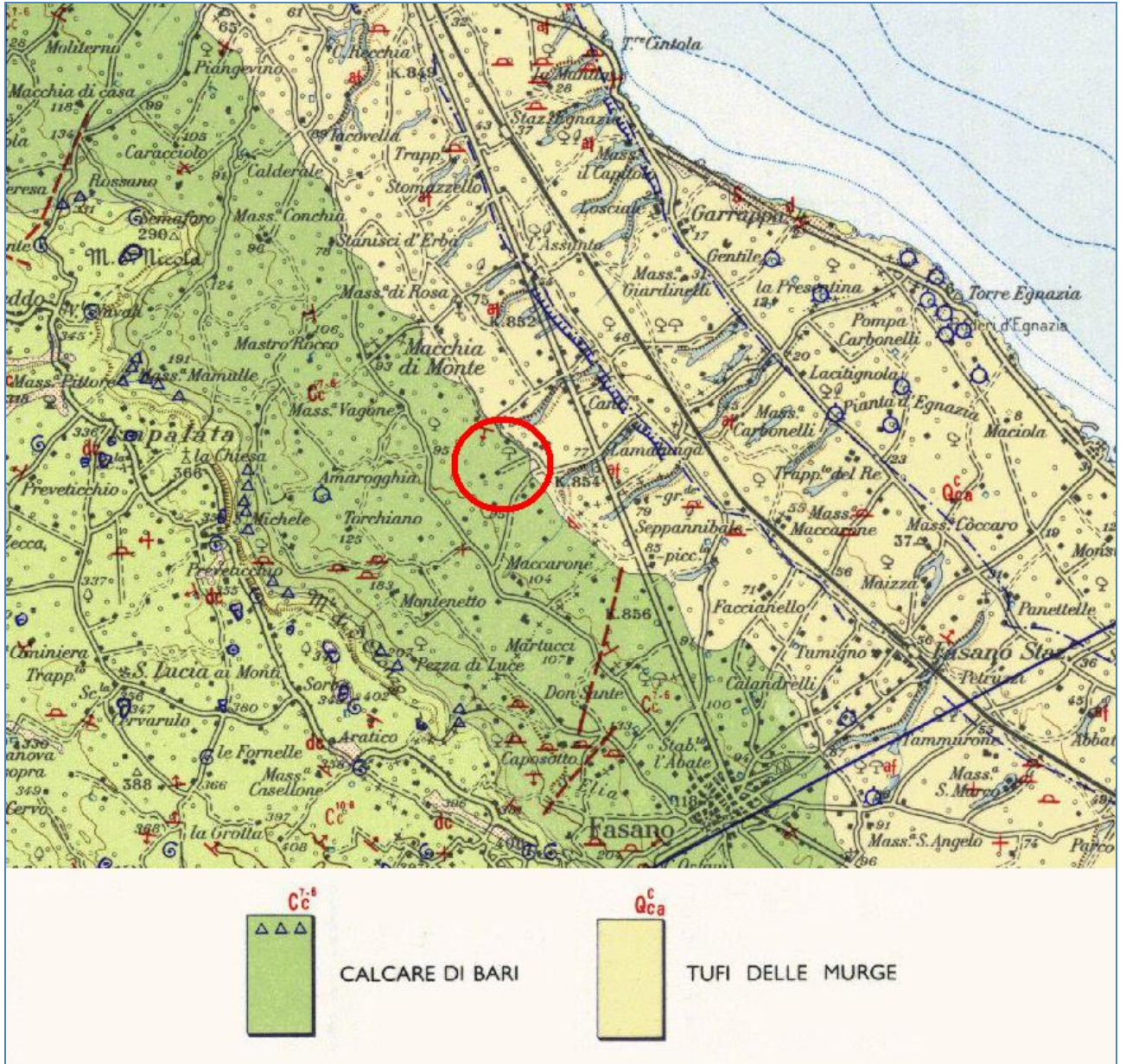


8 – Foto del sito

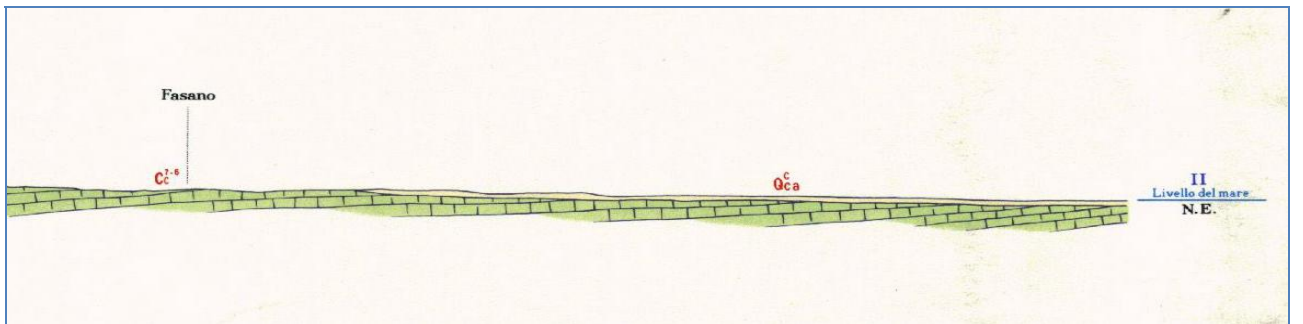


Inquadramento geologico generale

Come risulta dalla Carta Geologica d'Italia, la geologia della zona in esame risulta caratterizzata dall'affioramento di rocce carbonatiche C_c^{7-6} "Calcere di Bari" (Cretaceo sup.) con frequenti coperture quaternarie calcareo-arenacee più o meno cementate denominate Q_{ca}^c "Tufi delle Murge" (Pleistocene).



7 - Carta geologica: stralcio Monopoli con individuazione del sito



8 Carta geologica: stralcio sezione II-II

Il Calcare di Bari è costituito da una potente serie di strati o banchi calcarei e subordinatamente dolomitici: i calcari più frequenti sono detritici (talora si tratta di vere calcareniti a grana assai fine,

biancastre o più raramente grigie chiare, giallastre o rosate, con abbondanti microfaune). A varie altezze sono osservabili “livelli” di calcari biostromali con rudiste, gasteropodi, ecc. Le dolomie, generalmente in banchi, sono di solito grigiastre, subsaccaroidi.

Il Calcarea di Bari è coperto da depositi trasgressivi a cui è stato attribuito il nome di “Tufi” richiamandosi alla locale letteratura geologica. I “Tufi” delle Murge sono costituiti da depositi calcareo-arenacei e calcareo-arenaceo-argillosi, di colore giallastro tendente al rosso, più o meno cementati, con stratificazione non sempre ben evidente e che spesso si presenta incrociata. Sono presenti in tutta la formazione livelli fossiliferi ad *Ostrea* sp. E *Pecten* sp. Che raggiungono anche notevoli proporzioni. Lo spessore massimo residuale dei “Tufi” non sembra raggiungere i 20 metri.

Rapporti del sito con il Piano Urbanistico Territoriale Tematico per il paesaggio (PUTT/P)

Per quanto attiene ai rapporti del sito con il PUTT/p si ha che:

Il PUTT/p classifica l’area del sito proposto quale Ambito Territoriale Esteso di tipo “D” di valore relativo (art.2.01 punto1.4 delle NTA); stante la classificazione “D” il sito risulta sottoposto a tutela paesaggistica diretta dal PUTT/p (art. 2.01 comma 2 delle NTA).

La classificazione “D” individua secondo il PUTT/p un “valore relativo laddove pur non sussistendo la presenza di un bene costitutivo, sussista la presenza di vincoli (diffusi) che ne individuino una significatività”; l’intero sito risulta esterno all’ambito dei cosiddetti “Territori costruiti”.

Gli indirizzi di tutela per gli ambiti di valore relativo prevedono la “valorizzazione degli aspetti rilevanti con salvaguardia delle visuali panoramiche” (art.2.02 punto 1.4 delle NTA).

Per quanto attiene alle direttive di tutela (art.3.05 delle NTA) degli ATE di tipo “D” con riferimento ai tre sistemi identificati dalla NTA del PUTT/p si ha che:

- per quanto attiene al sistema “**assetto geologico-geomorfologico ed idrogeologico**” le direttive di tutela prescrivono che “va perseguita la tutela delle componenti geologiche, geomorfologiche ed idrogeologiche (definiti gli ATD di cui all’art. 3.02 delle NTA) di riconosciuto valore scientifico e/o rilevante ruolo negli assetti paesistico ambientali del territorio regionale” e prescrivono altresì che “le previsioni insediative ed i progetti delle opere di trasformazione del territorio devono tenere in conto l’assetto geomorfologico d’insieme e conservare l’assetto idrogeologico delle relative aree”;
- per quanto attiene al sistema “**copertura botanico vegetazionale e culturale**” le direttive di tutela prescrivono “la tutela delle componenti del paesaggio botanico-vegetazionale di riconosciuto valore scientifico e/o importanza ecologica, economica, di difesa del suolo, e/o di riconosciuta importanza sia storica sia estetica” sia “la protezione e la conservazione di ogni ambiente di particolare interesse biologico-vegetazionale e delle specie floristiche rare o in via di estinzione, sia lo sviluppo del patrimonio botanico e vegetazionale autoctono” e prescrivono altresì che “tutti gli interventi di trasformazione fisica del territorio

e/o insediativi vanno resi compatibili con la conservazione degli elementi caratterizzanti il sistema botanico-vegetazionale, la sua ricostituzione, le attività agricole coerenti con la conservazione del suolo";

- per quanto attiene al sistema "**stratificazione storica dell'organizzazione insediativa**" va perseguita "la tutela dei beni storico-culturali di riconosciuto valore e/o di riconosciuto ruolo negli assetti paesaggistici del territorio regionale individuando per tutti gli ambiti territoriali (art. 2.01) i modi per perseguire sia la conservazione dei beni stessi sia la loro appropriata fruizione/utilizzazione, sia la salvaguardia/ripristino del contesto in cui sono inseriti e, di contro, vanno individuati i modi per innescare processi di corretto riutilizzo e valorizzazione".

Dall'esame delle tavole tematiche del PUTT/p si evince che per quanto attiene agli elementi strutturanti il territorio (Ambiti Territoriali Distinti) si ha che:

tavola "vincoli ex Lege n. 1497/39"	nessun vincolo pertinente;
tavola "Decreti Galasso"	nessun vincolo pertinente;
tavola "vincoli idrogeologici"	nessun vincolo pertinente;
tavola "Boschi, macchia, biotopi, parchi"	nessun vincolo pertinente;
tavola "catasto grotte"	nessun vincolo pertinente;
tavola "vincoli e segnalazioni architettonici – archeologici"	nessun vincolo pertinente;
tavola "idrologia superficiale"	margine del sito prossimo all'area annessa alla Lama c/o Mass. Lamalunga;
tavola "usi civici"	nessun vincolo pertinente;
tavola "vincoli faunistici"	nessun vincolo pertinente;
tavola "geomorfologia"	nessun vincolo pertinente;

A quanto sopra va aggiunto che l'intervento previsto rientra comunque nel novero delle opere di assoluta necessità e di rilevante interesse pubblico. Pertanto ricorrono i presupposti giuridici di cui all'art. 5.07 delle NTA del PUTT/p che consentono il rilascio dell'autorizzazione paesaggistica anche in deroga alle prescrizioni di base fissate dalle NTA del PUTT/p per gli ATE in precedenza citati direttamente e/o indirettamente interessati dalle opere.

Rapporti del sito con il Piano Paesaggistico Territoriale Regionale (P.P.T.R.)

Per quanto attiene ai rapporti del sito con il P.P.T.R., e secondo quanto stabilito dalle N.T.A. del P.P.T.R. adottato e giunto il testo coordinato con le modifiche introdotte dalla D.G.R. n 2022 del 29/10/2013, si ha che: il P.P.T.R. classifica l'area del sito proposto quale Paesaggio Rurale - “Murgia dei Trulli” (lett. t comma 3.1 art.38 N.T.A.).

Stante tale classificazione risulta inserito:

- nelle componenti culturali del Paesaggio rurale e nello specifico nel Parco Agricolo Multifunzionale di Valorizzazione degli Ulivi Monumentali – “La piana degli ulivi secolari” (lett.b comma 4 art 76 N.T.A.);
- nelle componenti dei Valori Percettivi – Cono visuale e nello specifico riferimento alla Loggia di Pilato.

Gli interventi che interessano le componenti culturali e insediative devono tendere a:

- a. assicurarne la conservazione e valorizzazione in quanto sistemi territoriali integrati, relazionati al territorio nella sua struttura storica definita dai processi di territorializzazione di lunga durata e ai caratteri identitari delle figure territoriali che lo compongono;
- b. mantenerne leggibile nelle sue fasi eventualmente diversificate la stratificazione storica, anche attraverso la conservazione e valorizzazione delle tracce che testimoniano l'origine storica e della trama in cui quei beni hanno avuto origine e senso giungendo a noi come custodi della memoria identitaria dei luoghi e delle popolazioni che li hanno vissuti;
- c. salvaguardare le zone di proprietà collettiva di uso civico al fine preminente di rispettarne l'integrità, la destinazione primaria e conservarne le attività silvo-pastorali;
- d. garantirne una appropriata fruizione/utilizzazione, unitamente alla salvaguardia/ripristino del contesto in cui le componenti culturali e insediative sono inserite;
- e. promuovere la tutela e riqualificazione delle città consolidate con particolare riguardo al recupero della loro percettibilità e accessibilità monumentale e alla salvaguardia e valorizzazione degli spazi pubblici e dei viali di accesso;
- f. evidenziare e valorizzare i caratteri dei paesaggi rurali di interesse paesaggistico;
- g. reinterpretare la complessità e la molteplicità dei paesaggi rurali di grande valore storico e identitario e ridefinirne le potenzialità idrauliche, ecologiche, paesaggistiche e produttive.

Nei territori interessati dalla presenza di Paesaggi rurali come definiti all’art. 76, punto 4), si applicano le misure di salvaguardia e di utilizzazione di cui al comma 3) dell’art.83 delle N.T.A. del P.P.T.R., e pertanto fatta salva la procedura di accertamento di compatibilità paesaggistica, nel rispetto degli obiettivi di qualità e delle normative d’uso di cui all’art. 37, nonché degli atti di governo del territorio vigenti ove più restrittivi, sono ammissibili piani, progetti e interventi nel rispetto delle norme per l’accertamento di compatibilità paesaggistica.

Per tutti gli interventi di trasformazione urbana ricadenti nelle aree identificate come paesaggi rurali dal PPTR assumono carattere prescrittivo:

- Documento regionale di assetto generale (DRAG) - criteri per la formazione e la localizzazione dei piani urbanistici esecutivi (PUE) – parte II - criteri per perseguire la qualità dell’assetto urbano (DGR 2753/2010);
- Elaborato del PPTR 4.4.3: linee guida per il patto città-campagna: riqualificazione delle periferie e delle aree agricole periurbane.

Le componenti dei valori percettivi individuate dall’Art. 84 delle N.T.A. del PPTR comprendono ulteriori contesti costituiti anche dai cosiddetti “Coni visuali”, che consistono in aree di salvaguardia visiva di elementi antropici e naturali puntuali o areali di primaria importanza per la conservazione e la formazione dell’immagine identitaria e storicizzata di paesaggi pugliesi.

Gli interventi che interessano le componenti dei valori percettivi devono tendere a salvaguardare la struttura estetico-percettiva dei paesaggi della Puglia, attraverso il mantenimento degli orizzonti visuali percepibili da quegli elementi lineari, puntuali e areali, quali strade a valenza paesaggistica, strade panoramiche, luoghi panoramici e coni visuali, impedendo l’occlusione di tutti quegli elementi che possono fungere da riferimento visuale di riconosciuto valore identitario.

Nei territori interessati dalla presenza di componenti dei valori percettivi come definiti all’art. 85, comma 4), si applicano le misure di salvaguardia e di utilizzazione di cui ai successivi comma 3) dell’art.88 delle N.T.A. del P.P.T.R.

In sede di accertamento di compatibilità paesaggistica di cui all’art. 91, ai fini della salvaguardia e della corretta utilizzazione dei siti di cui al presente articolo, si auspicano piani, progetti e interventi che:

- c1) comportino la riduzione e la mitigazione degli impatti e delle trasformazioni di epoca recente che hanno alterato o compromesso le relazioni visuali tra le componenti dei valori percettivi e il panorama che da essi si fruisce;
- c2) assicurino il mantenimento di aperture visuali ampie e profonde, con particolare riferimento ai coni visuali e ai luoghi panoramici;
- c3) comportino la valorizzazione e riqualificazione delle aree boschive, dei mosaici culturali della tradizionale matrice agricola, anche ai fini della realizzazione della rete ecologica regionale;

- c4) riguardino la realizzazione e/o riqualificazione degli spazi verdi, la riqualificazione e/o rigenerazione architettonica e urbanistica dei fronti a mare nel rispetto delle caratteristiche architettoniche tradizionali e del contesto paesaggistico;
- c5) comportino la riqualificazione e valorizzazione ambientale della fascia costiera e/o la sua rinaturalizzazione;
- c6) riguardino la realizzazione e/o riqualificazione degli spazi verdi e lo sviluppo della mobilità pedonale e ciclabile;
- c7) comportino la rimozione e/o delocalizzazione delle attività e delle strutture in contrasto con le caratteristiche paesaggistiche, geomorfologiche, naturalistiche, architettoniche, panoramiche e ambientali dell'area oggetto di tutela.

Ai fini del controllo preventivo Art. 89 N.T.A. P.P.T.R. in ordine al rispetto delle presenti norme ed alla conformità degli interventi con gli obiettivi di tutela sopra descritti, sono disciplinati i seguenti strumenti:

- a) L'autorizzazione paesaggistica di cui all'art. 146 del Codice, relativamente ai beni paesaggistici come individuati al precedente art. 38 co. 2
- b) L'accertamento di compatibilità paesaggistica, ossia quella procedura tesa ad acclarare la compatibilità con le norme e gli obiettivi del Piano degli interventi:
 - b.1) che comportino modifica dello stato dei luoghi negli ulteriori contesti come individuati nell'art. 38 co. 3.1;
 - b.2) che comportino rilevante trasformazione del paesaggio ovunque siano localizzate.

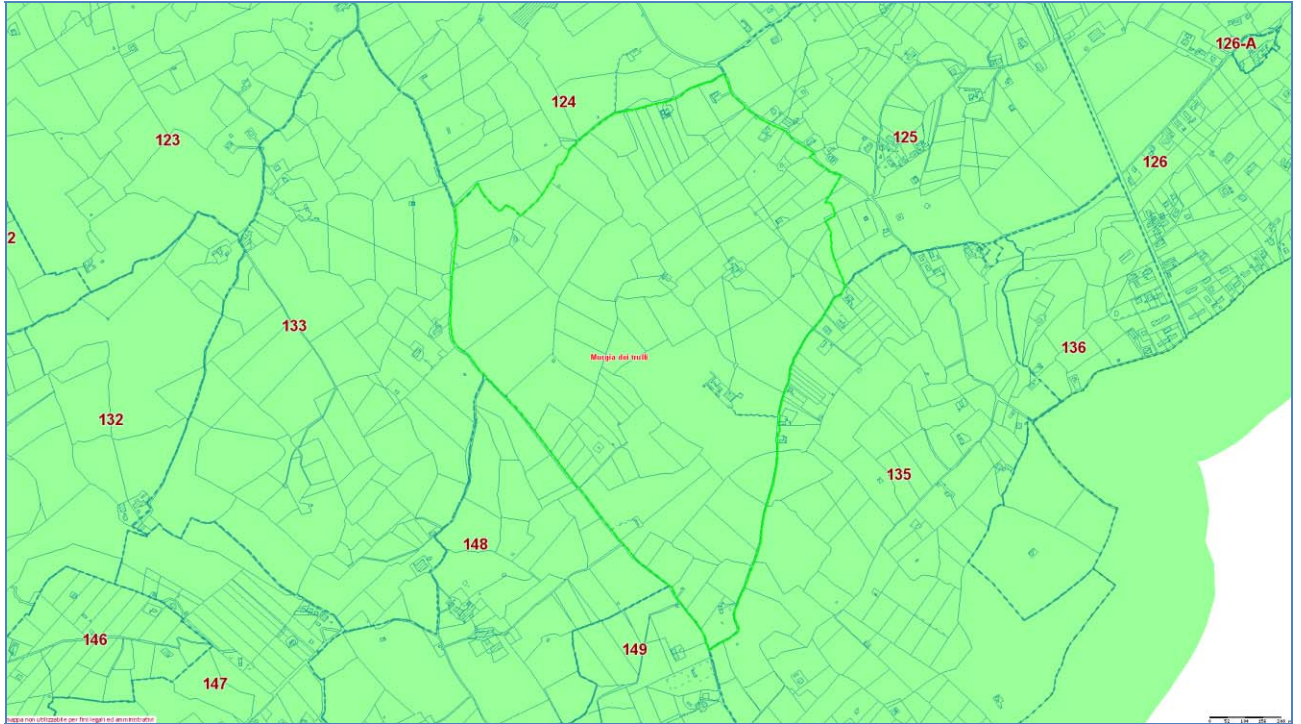
Sono considerati interventi di rilevante trasformazione ai fini dell'applicazione della procedura di accertamento di compatibilità paesaggistica, tutti gli interventi assoggettati dalla normativa nazionale e regionale vigente a procedura di VIA nonché a procedura di verifica di assoggettabilità a VIA di competenza regionale o provinciale se l'autorità competente ne dispone l'assoggettamento a VIA.

2. I provvedimenti di cui al comma 1 relativi ad interventi assoggettati anche alle procedure di VIA o di verifica di assoggettabilità a VIA sono rilasciati all'interno degli stessi procedimenti nei termini da questi previsti. Le Autorità competenti adottano idonee misure di coordinamento anche attraverso l'indizione di Conferenze di Servizi.

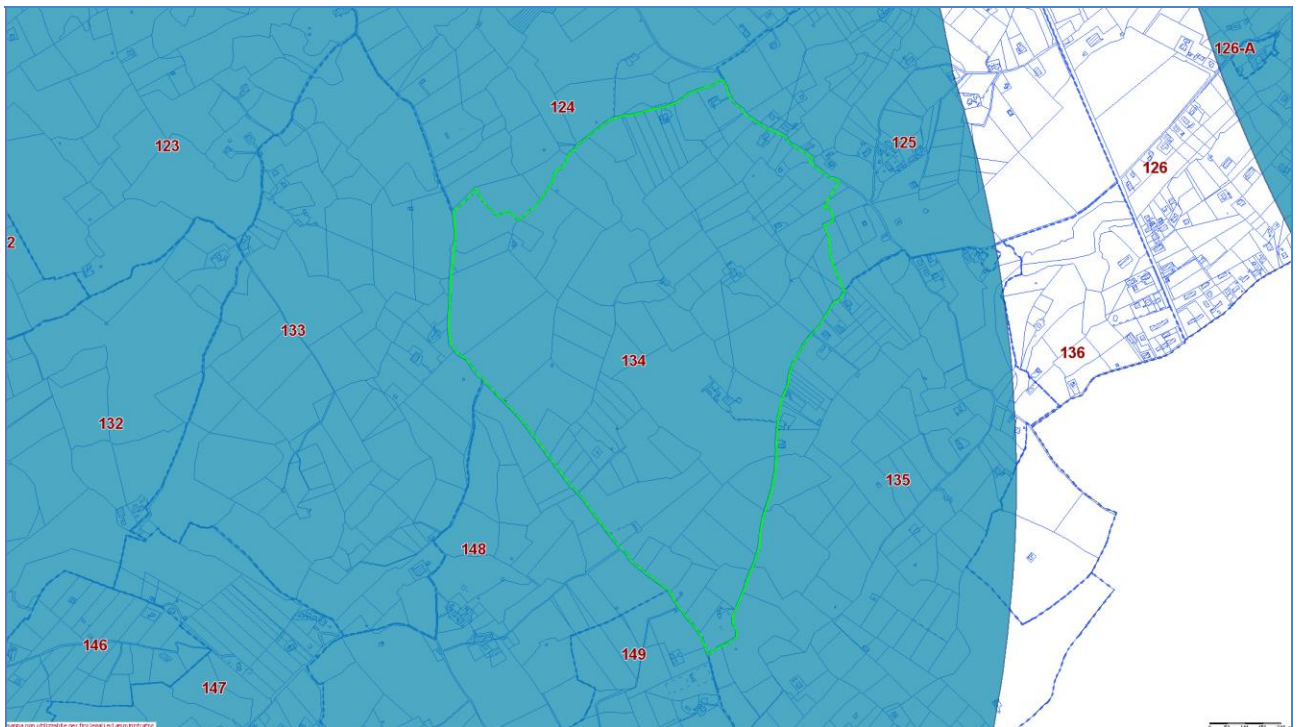
3. Non sono soggetti ad autorizzazione paesaggistica e ad accertamento di compatibilità paesaggistica gli interventi di cui all'art. 149 del Codice.

L'accertamento di compatibilità paesaggistica ha ad oggetto la verifica della compatibilità degli interventi proposti con le previsioni e gli obiettivi tutti del PPTR e dei piani locali adeguati al PPTR ove vigenti. Con riferimento agli interventi di rilevante trasformazione del paesaggio di cui all'art. 89 co. 1 lett.

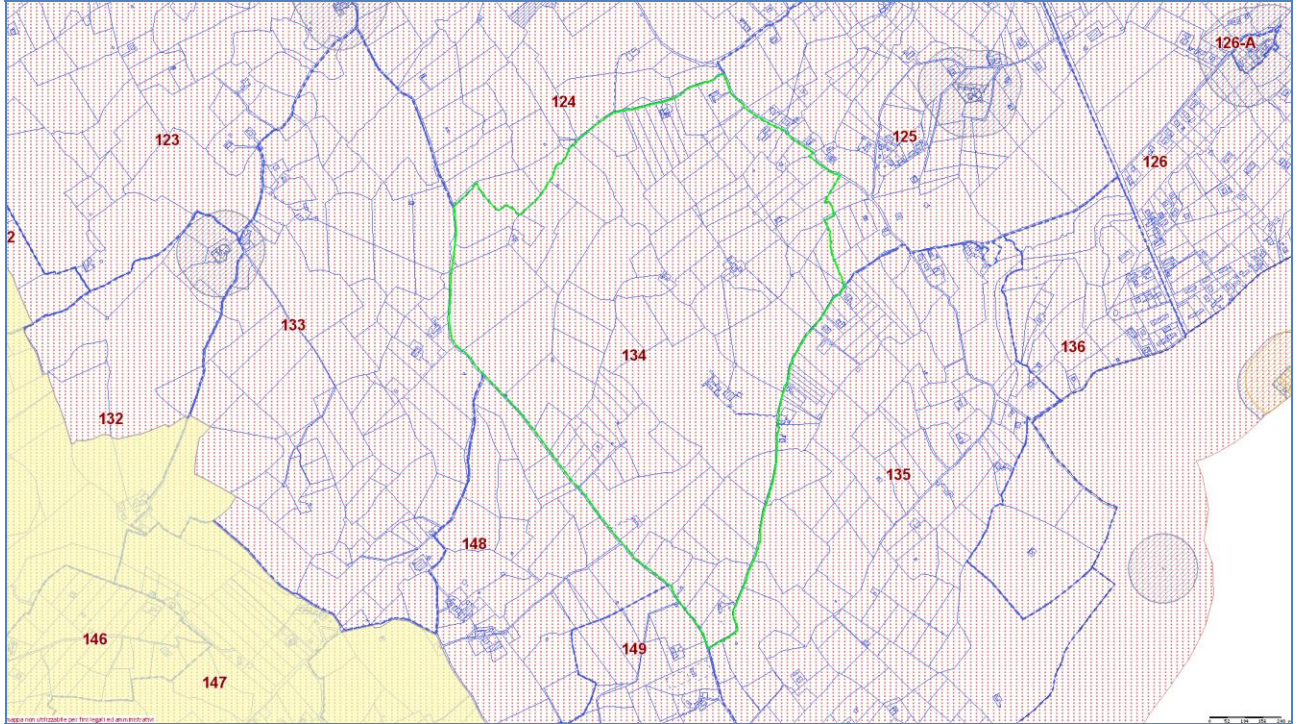
b2, oggetto dell'accertamento è anche la verifica del rispetto della normativa d'uso di cui alla sezione C2 delle schede d'ambito.



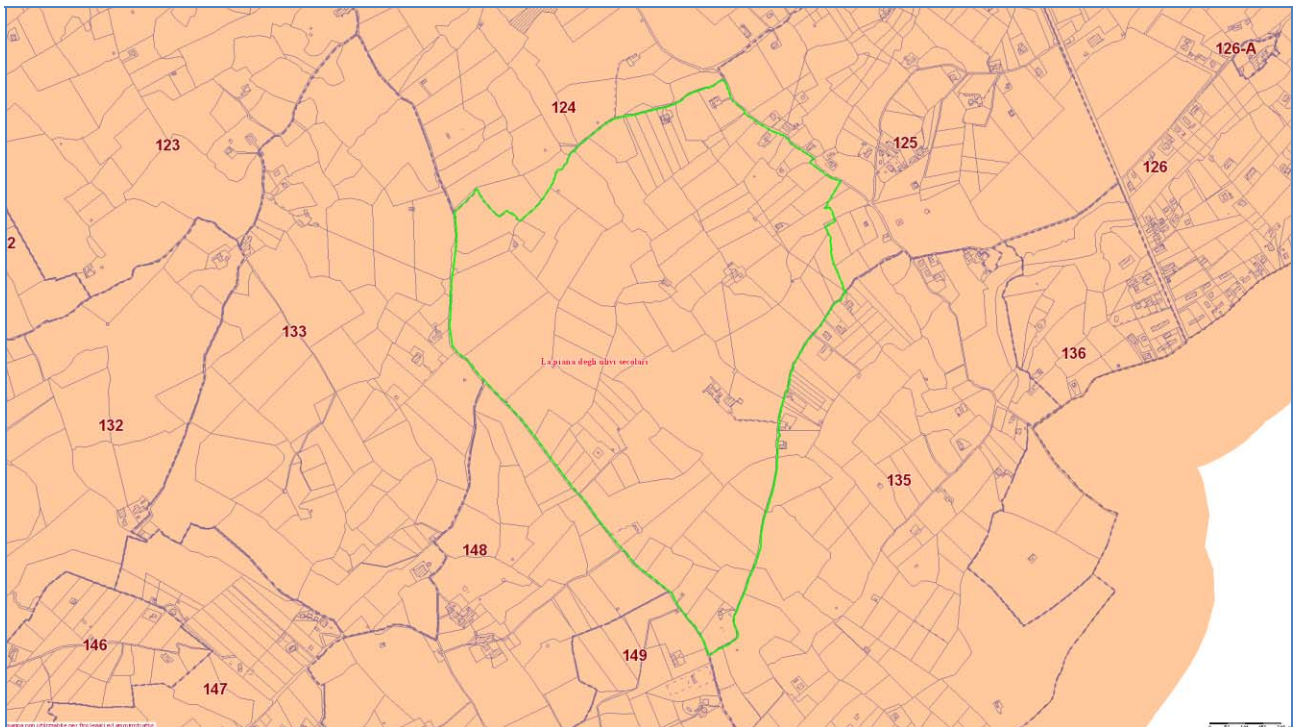
Stralcio di mappa "PPTR Adottato - Ambiti su catasto"



Stralcio di mappa "PPTR Adottato - Val. percettivi su catasto"



Stralcio di mappa "PPTR Adottato - Comp. culturali su catasto"

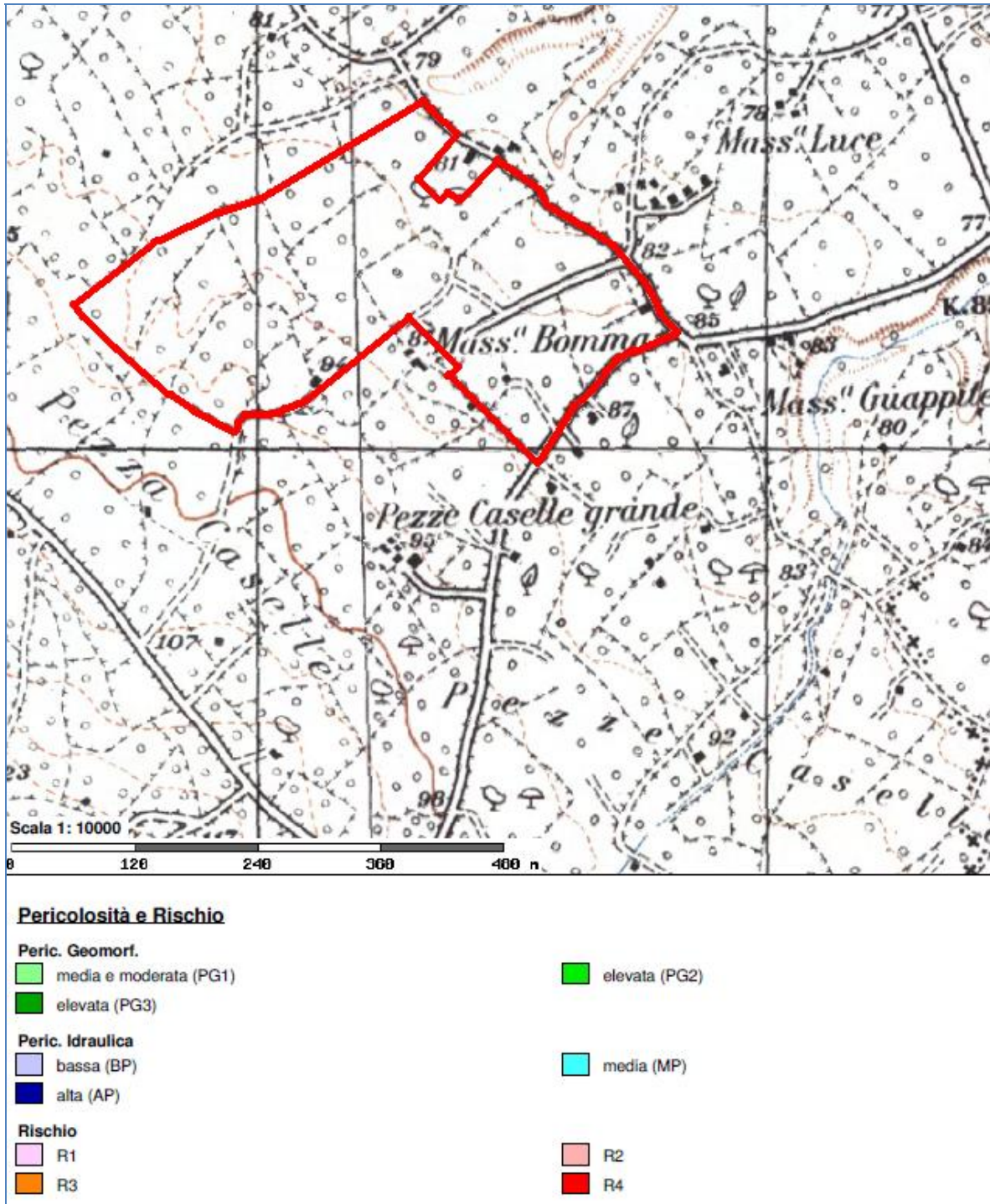


Stralcio di mappa "PPTR Adottato - Figure su catasto"

Rapporti dell'intervento con il Piano di Assetto Idrogeologico (PAI)

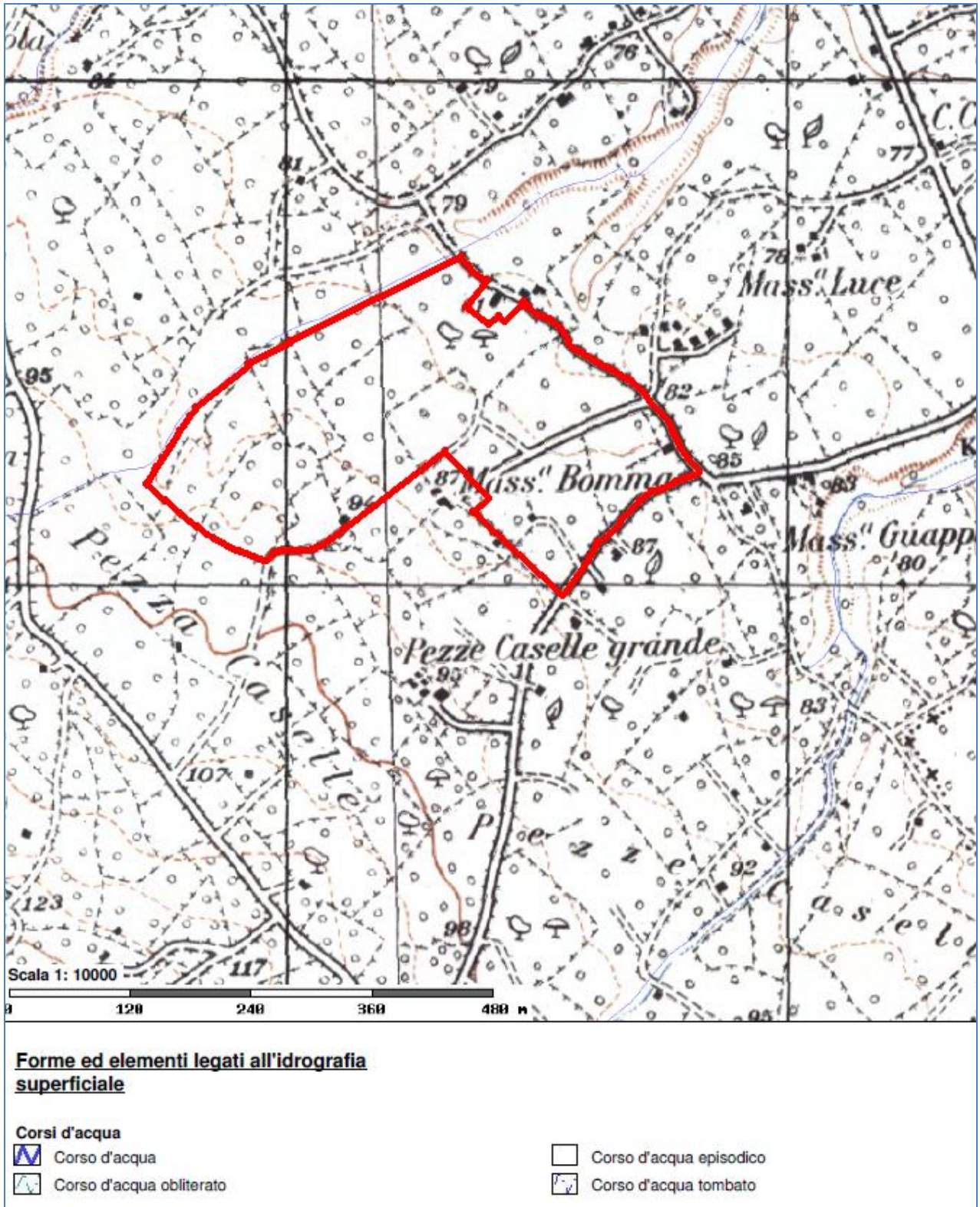
Con riferimento al Piano di Bacino - Stralcio per l'assetto idrogeologico (PAI), approvato definitivamente dal Comitato Istituzionale in data 30/11/2005, il sito di intervento:

- non presenta aree critiche per “*pericolosità geomorfologica*” e per “*pericolosità idraulica*”;
- non presenta “aree a rischio”, individuate mediante la combinazione tra le aree a pericolosità da frana e le aree a pericolosità idraulica.

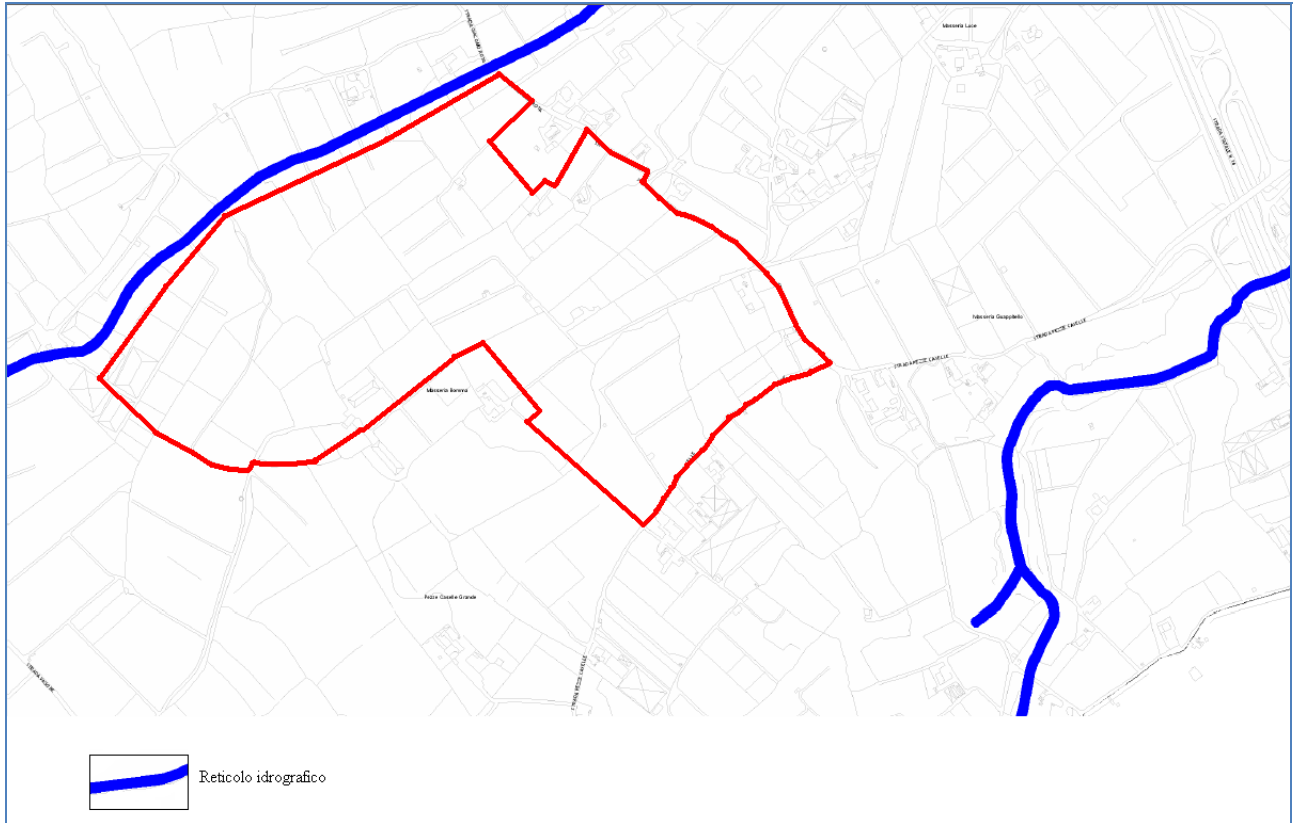


11 – AdB: estratto PAI con individuazione sito

Dalla carta idrogeomorfologica si rileva comunque che il margine nord del sito è lambito da un corso d’acqua a carattere episodico.



12 - AdB: Estratto carta idrogeomorfologica con individuazione sito



13 – P.U.G. Monopoli: cartografia PAI con individuazione sito

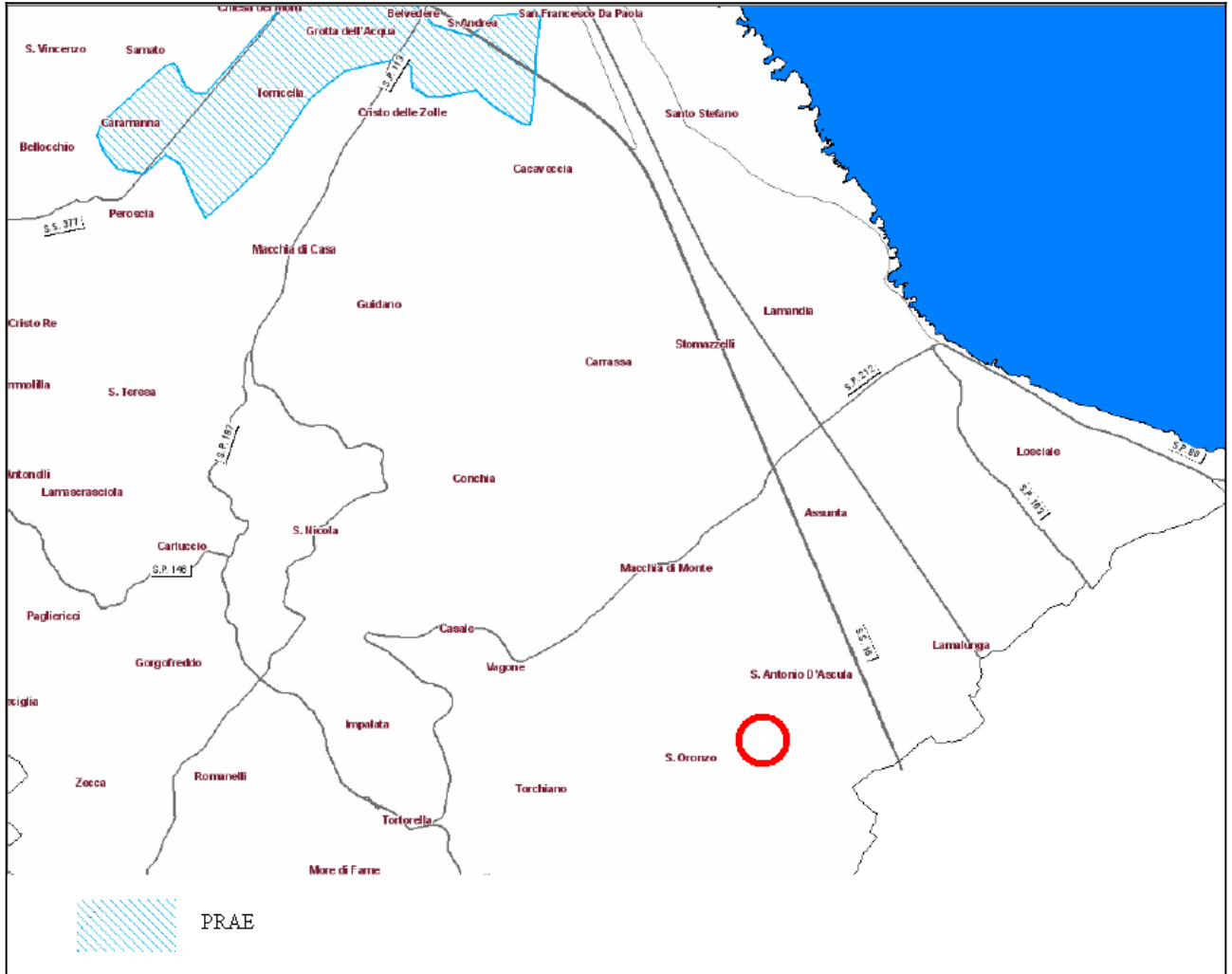
Rapporti dell'intervento con le aree naturali protette regionali e nazionali

Per quanto attiene alle aree naturali protette della pianificazione regionale, l'area d'intervento non risulta attualmente compresa e/o attigua a parchi naturali regionali istituiti (L. n° 19/97).

Per quanto attiene alle aree naturali protette della pianificazione nazionale l'area d'intervento non risulta attualmente compresa e/o attigua a parchi naturali nazionali istituiti (L. n° 394/91) e/o a riserve naturali statali.

Rapporti dell'intervento con il sistema di tutela della Rete Natura 2000 (SIC E ZPS)

Dal confronto con le planimetrie, che riportano l'individuazione dei Siti di Importanza Comunitaria (SIC) e le Zone di Protezione Speciale (ZPS), si evince che l'ambito d'intervento non risulta direttamente e/o indirettamente interessato dalla perimetrazione delle predette aree e pertanto non si rilevano interferenze localizzative tra l'intervento in progetto e le aree di importanza naturalistica oggetto di specifica tutela ai sensi del D.M. 3/04/2000 di recepimento della direttiva 92/43/CEE e 79/49/CEE.

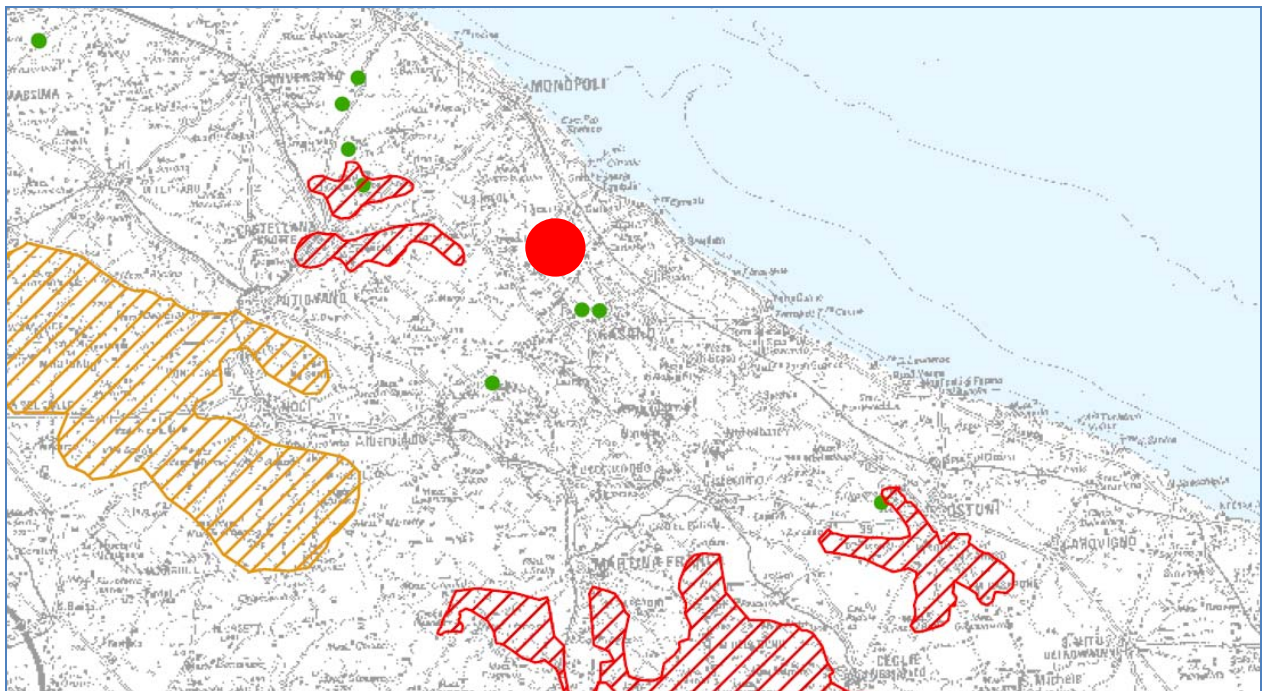


15 – PUG Monopoli: Stralcio PRAE con individuazione sito

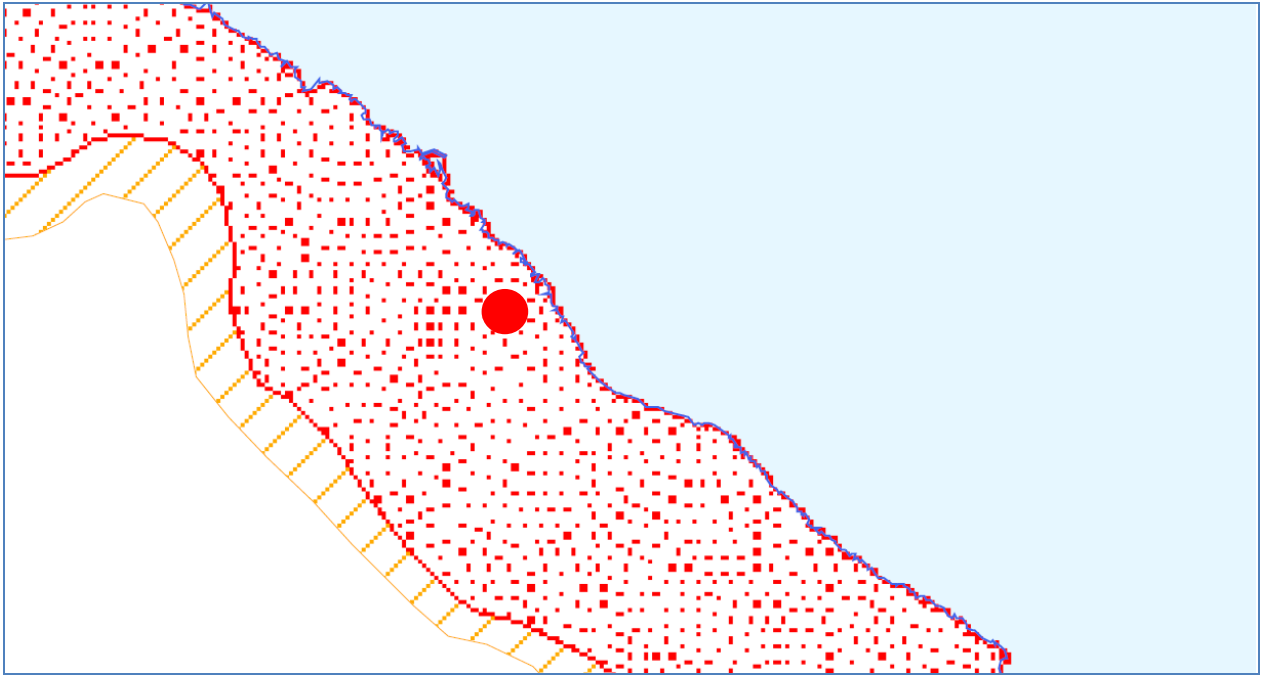
Rapporti del sito con il Piano di Tutela delle Acque

A recepimento della Direttiva Quadro sulle Acque 2000/60/CE con il D. Lgs. n.152/2006, la Regione Puglia si è dotata del Piano di Tutela delle Acque, adottato con D.G.R. n. 883/2007 e approvato definitivamente con D.C.R. n. 230 del 20.10.2009, finalizzato alla protezione del sistema idrico ed al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla direttiva.

Risulta che il sito non ricade in un’area individuata come a protezione speciale idrogeologica dal PTA, mentre è compresa nella fascia di aree costiere interessate da contaminazione salina.



16 – PTA: Stralcio zone di protezione speciale idrogeologica con individuazione sito



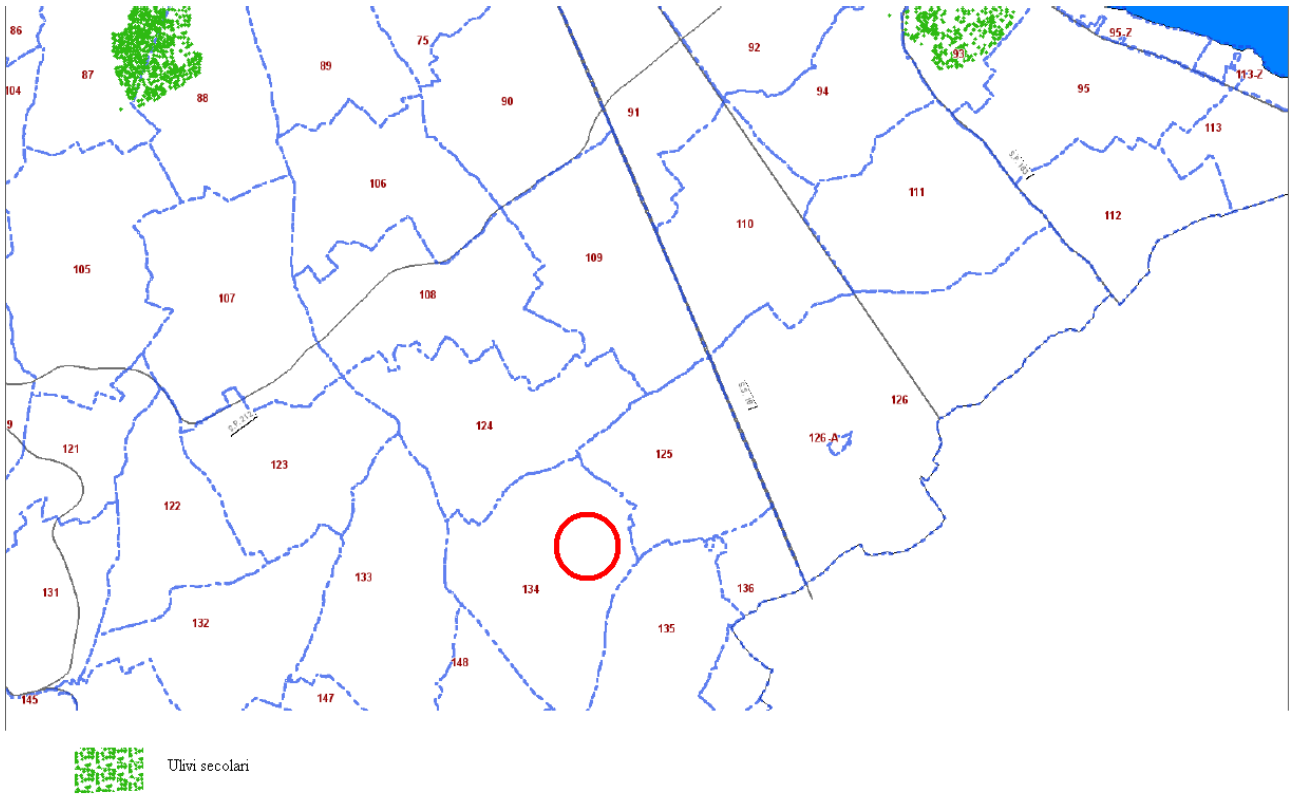
17 – PTA: Stralcio aree di vincolo d'uso degli acquiferi con individuazione sito

Rapporti del sito con la L.R. n. 14/2007 “Tutela e valorizzazione del paesaggio degli ulivi monumentali della Puglia”

La finalità della Legge Regionale n. 14 del 4 giugno 2007 “Tutela e valorizzazione del paesaggio degli ulivi monumentali della Puglia” è quella della tutela e valorizzazione “degli alberi di ulivo monumentali, anche isolati, in virtù della loro funzione produttiva, di difesa ecologica e idrogeologica nonché quali elementi peculiari e caratterizzanti della storia, della cultura e del paesaggio regionale”. *“Il carattere di monumentalità viene attribuito quando la pianta di ulivo possiede età plurisecolare deducibile da:*

- a) dimensioni del tronco della pianta, con diametro uguale o superiore a centimetri 100, misurato all’altezza di centimetri 130 dal suolo; nel caso di alberi con tronco frammentato il diametro è quello complessivo ottenuto ricostruendo la forma teorica del tronco intero;*
- b) oppure accertato valore storico-antropologico per citazione o rappresentazione in documenti o rappresentazioni iconiche-storiche.”*

Nell’area del sito non sono presenti ulivi che presentino carattere di monumentalità e quindi l’ipotesi localizzativa è percorribile in conformità alle finalità della legge regionale di cui trattasi.



18 - Stralcio di mappa "Ulivi secolari su mappa catastale" con individuazione sito

Analisi SWOT del sistema ambientale interessato

L’analisi SWOT si basa sull’identificazione delle variabili endogene (i punti di forza e di debolezza) ed esogene (opportunità e minacce) che influenzano il comportamento del sistema; la strategia fisserà successivamente le variabili obiettivo e, di conseguenza, le azioni sulla base del modello descritto nella SWOT.

La distinzione tra variabili per così dire interne ed esterne rappresenta quindi l’aspetto centrale dell’analisi: i punti di forza (strengths) e quelli di debolezza (weaknesses) sono interni, e occorre sviluppare i primi e contenere o rimuovere i secondi, mentre le opportunità (opportunities) e le minacce (threats) sono esterne e potranno essere solo monitorate per cogliere le positività legate alle prime e tentare, per quanto possibile, di limitare i danni derivanti dalle seconde.

Verranno identificate e caratterizzate le possibili alterazioni, dovute all’attuazione dell’intervento in esame, sulle componenti quali:

biodiversità, flora e fauna, ecosistemi;

traffico e fattori di pressione a questo associati (emissioni in atmosfera, rumore);

paesaggio, beni materiali, patrimonio culturale, architettonico, archeologico.

L’analisi di cui al punto precedente consente di evidenziare gli effetti negativi più significativi dell’intervento e di poter conseguentemente individuare, ove applicabili, misure di riduzione, mitigazione o compensazione degli stessi effetti.

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> • posizione geografica; • collegamenti infrastrutturali; • decongestione dei centri urbani; • concentrazione delle attività in una sola struttura 	Incremento delle urbanizzazioni che investiranno il territorio;
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> • Ospedale facilmente raggiungibile con conseguente riduzione dei tempi di trasporto; • Valorizzazione eccellenze; 	Potenziale deterioramento di alcune zone per eccessivo utilizzo;

Matrice analisi SWOT

6.0 DESCRIZIONE DEGLI IMPATTI DOVUTI ALL’OPERA E DELLE MISURE COMPENSATIVE DA PREVEDERSI

Segue la descrizione sintetica dei parametri ambientali macro-localizzativi dell’opera, con particolare riferimento all’interazione con le componenti ambientali, alle scelte tecnologiche da adottare, ai

sistemi organizzativo-gestionali sostenibili, delle principali modificazioni previste sull'ambiente, dei principali fattori di pressione sulle risorse naturali, paesistiche, storico-culturali e sulla qualità della vita. Il tutto con la descrizione del livello degli impatti sulle componenti ambientali principali e l'indicazione delle principali misure previste per eliminare o mitigare gli effetti negativi sull'ambiente.

Come già accennato l'area interessata dall'insediamento ospedaliero si colloca nella periferia sudorientale del Comune di Monopoli, in posizione intermedia tra le contrade S. Oronzo e S. Antonio D'Ascula.

Il lotto è compreso tra la Strada Giacomo Rota a nord-est, la strada Pezze Caselle a sud-est, la strada Vagone Mandolamara a sud-ovest e la strada Correnti dei Bracciali a nord-ovest.

Con riferimento alle componenti ambientali interessate dall'opera nel contesto localizzativo individuato si analizzeranno quelle di seguito elencate:

- atmosfera;
- suolo e sottosuolo;
- ambiente idrico;
- vegetazione, uso del suolo, fauna e ecosistemi
- paesaggio
- clima acustico e vibrazioni
- radiazioni
- salute pubblica
- viabilità.

Nell'ambito della trattazione di ciascuna delle componenti ambientali appena elencate, successivamente all'analisi dello stato attuale delle componenti stesse, saranno individuati i fattori di impatto che l'opera comporterà sia in fase di cantiere che di esercizio. Si procederà quindi alla valutazione del disturbo che l'impatto potrebbe generare, con lo scopo di pervenire alla definizione dello stato futuro delle componenti ambientali analizzate.

Atmosfera

Stato di fatto

Lo stato di qualità dell'aria con riferimento agli inquinanti quali PM10, NO₂, C₆H₆, O₃ ed SO₂ così come desumibile da dati di fonte pubblica evidenziano una situazione ottima caratterizzata da livelli di concentrazione molto contenuti e ben al di sotto dei valori limite di legge.

Fase di cantiere

In generale in fase di cantiere, i principali impatti potenzialmente negativi sulla qualità dell'aria potranno essere:

- produzioni significative di inquinanti inorganici minerali (polveri) connesse alle operazioni di scotico del terreno, scavi, demolizioni, ecc;
- emissione di inquinanti chimici inerti o reattivi (gas di scarico) da autoveicoli delle maestranze, mezzi di trasporto dei materiali, mezzi d’opera e attrezzature utilizzando motori a combustione interna;
- produzione di cattivi odori;
- produzione di aerosol potenzialmente pericolosi.

Il lieve aumento, sia pur localizzato, dell’inquinamento atmosferico potrà comportare il verificarsi, per l’innalzamento di polveri, di effetti negativi sulle zone limitrofe all’area di cantiere ovvero sulle abitazioni e sulla vegetazione sensibile. Va sottolineato tuttavia che l’effetto provocato dagli inquinanti si verificherà presumibilmente lungo fasce ridotte di territorio ovvero a ridosso della viabilità di accesso al cantiere e ovviamente nell’area di cantiere.

Gli impatti in fase di cantiere, fatta salva la corretta implementazione di corrette misure di mitigazione, possono essere considerati lievi e completamente reversibili.

Fase di esercizio

Durante la fase di esercizio gli impatti si ridurranno:

- all’incremento delle emissioni inquinanti rivenienti dal flusso di traffico veicolare indotto dalla presenza del nuovo presidio ospedaliero;
- all’inquinamento atmosferico locale generato da sorgenti puntuali quali centrali tecnologiche che utilizzano combustibili fossili emettendo macro-inquinanti che tuttavia dovranno rispettare i limiti imposti dalle norme di settore (NO_x, CO ecc.).

La variazione di distribuzione di inquinanti dovuta al traffico veicolare indotto dall’ospedale non produrrà effetti significativi data la bassa densità di insediamenti abitativi e/o vegetazione di pregio ovvero ricettori sensibili.

Per quanto attiene alla *produzione di cattivi odori*, l’intervento in progetto prevedrà il trattamento in loco delle acque reflue adeguatamente progettati e mantenuti nel rispetto della normativa vigente e dotati di sistemi di deodorizzazione tali da non creare disagi nelle aree abitate circostanti.

Le principali misure previste per eliminare o mitigare gli effetti negativi sull’ambiente prevedranno:

- l’uso di macchine e mezzi di cantiere efficienti e in buono stato di manutenzione per prevenire e/o contenere le emissioni inquinanti;
- il trasporto su gomma con carico protetto;
- la messa a dimora nell’area d’intervento di essenze arboree e/o arbustive della flora locale (area a parcheggio);
- utilizzo, in fase di esercizio, delle migliori tecniche disponibili per prevenire e/o contenere le emissioni degli impianti tecnologici;

Gli impatti in fase di esercizio possono essere considerati lievi e reversibili.

Suolo e sottosuolo

Stato di fatto

Il territorio del Comune di Monopoli mostra i tipici esempi delle emergenze geomorfologiche dell'altopiano delle Murge sud-orientali originate dall'azione degli agenti atmosferici, responsabili dell'evoluzione geodinamica iniziata nel Pliocene superiore. In particolare l'area in studio, posta ad una quota media di circa 75 m s.l.m., appartiene alla zona costiera che partendo da 130 m s.l.m. degrada, dolcemente, verso il mare con salti di pendenza in corrispondenza di modeste scarpate che delimitano i terrazzi di abrasione marina impostati sui depositi calcarenitici.

Fase di cantiere

Il cantiere e le opere a farsi comporteranno una rimozione del terreno superficiale esistente e una sottrazione di suolo almeno coincidente con l'estensione di edifici, parcheggi e viabilità di nuovo impianto.

I principali impatti potenzialmente negativi potranno essere:

- aumento potenziale della vulnerabilità del terreno nei confronti di possibili forme di inquinamento ad esempio per sversamenti accidentali e depositi di materiali con sostanze pericolose;
- alterazione dell'assetto attuale dei suoli;
- impegni indebiti di suolo per lo smaltimento di materiale di risulta.

Fase di esercizio

In generale durante la fase di esercizio gli impatti sulla componente suolo potranno essere:

- consumo di terreno fertile;
- alterazione dell'assetto attuale delle superfici dovuto a livellamenti, sistemazioni, pavimentazioni drenanti;
- modificazione del bilanciamento idrico riveniente dall'alterazione delle capacità di ritenuta dipende dalla tessitura del suolo;
- alterazione della struttura pedologica prodotta dall'asportazione di humus con le attività di escavazione.

Le principali misure previste per eliminare o mitigare gli effetti negativi sull'ambiente prevedranno:

- massimo utilizzo in fase di cantiere della viabilità attualmente esistente;
- totale ripristino a fine lavori dello stato dei luoghi ovvero totale rimozione delle opere complementari;
- pulizia totale dell'area con raccolta e trasporto a discarica di tutti i rifiuti prodotti dalle lavorazioni eseguite in cantiere;
- manutenzione dei mezzi di cantiere esternamente al cantiere stesso;
- riutilizzo del terreno vegetale, precedentemente scavato ed accantonato, per la rimodellazione delle superfici da sistemare a verde con opportuni raccordi al disegno morfologico della zona;
- massimo riutilizzo possibile del materiale idoneo proveniente dagli scavi per le lavorazioni previste, in modo da coprire il fabbisogno di inerte per rilevato necessario per l'intervento di progetto;

- realizzazione di verde e utilizzo di pavimentazioni drenanti al fine di evitare la totale impermeabilizzazione dei suoli (aree a parcheggio).

Ambiente idrico

Stato di fatto

Come dettagliato nel paragrafo 2.5, a cui si rimanda per ogni approfondimento, la cartografia dell’Autorità di Bacino classifica l’area come esterna alle perimetrazioni di rischio idraulico.

L’area interessata dall’intervento non è direttamente attraversata da corsi d’acqua superficiali ma è lambita a nord dal tracciato di un corso d’acqua a carattere episodico.

L’area non presenta evidenti fenomeni di dissesto geologico e/o fenomeni erosivi in atto e/o potenziali; né presenta particolari condizioni d’instabilità dei versanti o altri fenomeni deformativi (erosione, smottamenti, frane); né presenta condizioni di particolare vulnerabilità degli acquiferi e/o dell’assetto idrogeologico. Tuttavia, ricadendo l’area d’intervento nella zona litoranea, dove la falda è poco profonda, risulta necessario tenere in debita considerazione, nell’esecuzione delle opere, la vulnerabilità degli acquiferi.

Fase di cantiere

In linea di massima è prevedibile che la realizzazione delle opere non comporterà alcuna interferenza diretta e/o indiretta con l’idrologia superficiale. I solchi drenanti presenti nell’ambito di influenza dell’intervento risultano sufficientemente distanti dall’area che sarà direttamente interessata dalle opere e dal cantiere relativo e pertanto si possono escludere impatti diretti sulle emergenze del sistema idrogeologico.

Non è comunque da escludersi che la fase di cantiere potrà influire sulla componente idrica con le seguenti tipologie di impatto:

improprio rilascio di reflui durante la costruzione e la vita del cantiere;

produzione di reflui da smaltire e trattare adeguatamente.

Fase di esercizio

L’opera andrà a modificare, attraverso l’esecuzione dei livellamenti, delle sistemazioni esterne, del posizionamento delle strutture, l’originario regime di scorrimento delle acque meteoriche superficiali. Tuttavia la modificazione non produrrà presumibilmente impatti rilevanti in quanto l’area d’intervento non risulta posizionata in corrispondenza di compluvi significativi, ovvero di lame e/o gravine, pertanto non sarà necessario intercettare i deflussi provenienti dall’esterno dell’area di intervento al fine di drenare le acque verso un recapito definito. L’intervento in sintesi non realizzerà alcun “effetto barriera” ovvero non modificherà, in maniera significativa, il naturale scorrimento delle acque meteoriche superficiali non innescando pertanto alcun conseguente fenomeno anche di dissesto e/o erosione.

Le acque meteoriche superficiali potrebbero costituire vettore di inquinanti (oli, benzina ecc.) ed interessare, sia pur indirettamente, la falda idrica sotterranea. Si renderà opportuno pertanto, al fine di evitare rischi di inquinamento della falda superficiale a causa di sversamenti incidentali, prevedere idonee misure di mitigazione per evitare impatti significativi soprattutto con riferimento alle opere complementari (parcheggio e relativa viabilità di collegamento).

Le principali misure previste per eliminare o mitigare gli effetti negativi sull'ambiente prevedranno:

- organizzazione e gestione del cantiere articolate in modo tale da limitare al massimo l'importazione di acque meteoriche o di dilavamento di superfici impermeabilizzate (esterne all'area di cantiere), nel cantiere stesso. Questa operazione potrà essere effettuata mediante la formazione di arginelli costituiti da riporti di conglomerati cementizi o bitumati che saranno rimossi al termine dei lavori;
- rifornimenti di carburante effettuati solo presso apposite aree di rifornimento esterne;
- lavaggio dei mezzi e pulizia delle betoniere direttamente presso i fornitori esterni;
- oli, idrocarburi, additivi chimici, vernici, ecc. raccolti in serbatoi a tenuta e smaltiti saltuariamente presso centri autorizzati;
- trattamento e smaltimento in loco delle acque nere;
- raccolta, convogliamento ordinato e smaltimento delle acque di pioggia provenienti dai piazzali e dalle coperture secondo quanto previsto dal Piano Direttore per l'Emergenza Ambientale in Puglia n. 282/2003 ed il parziale recupero delle acque meteoriche di seconda pioggia, che saranno, previo trattamento in pozzetti disoleatori, fatte confluire in apposite cisterne interrato per finalità antincendio e/o per uso non potabile (uso irriguo, uso igienicosanitario);
- delle acque meteoriche superficiali ovvero opere di sistemazione idraulica a presidio del corpo stradale della viabilità di servizio al parcheggio con lo scopo di preservare detta viabilità da fenomeni di erosione superficiale e di infiltrazione provocati dalle acque di corrivazione che in tale modo verranno convogliate verso opere trasversali di deflusso;
- utilizzo di pavimentazioni drenanti al fine di evitare la totale impermeabilizzazione dei suoli in alcune aree (piazzali, aree a parcheggio).

Tutti gli interventi relativi al trattamento delle acque saranno subordinati al rilascio delle necessarie autorizzazioni in osservanza alle disposizioni normative vigenti.

Vegetazione, uso del suolo, fauna e ecosistema

Stato di fatto

L'area d'intervento non presenta al suo interno né lembi di habitat prioritario e/o d'interesse comunitario di cui alla direttiva 92/43/CEE; né l'area d'intervento risulta frequentata, in maniera significativa, per scopi trofici e/o riproduttivi da fauna protetta di cui alla Direttiva 79/409/CEE e 92/43/CEE

(all. II); non risulta caratterizzata dalla presenza di aree naturali e/o seminaturali con presenza di habitat d'interesse regionale (boschi, macchia mediterranea ecc.) e/o dotati di naturalità (incolto, pascolo).

Il territorio in cui è localizzata l'area è posto alle falde delle colline della Murgia Costiera, in una zona pianeggiante con un'ottima esposizione climatica che ne giustifica lo storico uso agricolo. La morfologia del contesto paesistico-ambientale, leggermente degradante verso il mare, è fortemente caratterizzata dalla presenza di seminativi semplici e colture temporanee associate a colture permanenti miste ad uliveti.

Dalla consultazione del censimento regionale effettuato non risulta che all'interno dell'area in studio siano presenti alberature registrate nell'elenco degli ulivi monumentali.

Dal punto di vista bioclimatico, seguendo la classificazione proposta da Rivas - Martinez (1996) e da Rivas - Martinez *et al.* (1999), l'area è caratterizzata da macrobioclima Mediterraneo con bioclima pluviostagionale oceanico. L'ombrotipo è di tipo secco, mentre il termotipo è mesomediterraneo (Pastore, 2004).

Compatibilmente con le attività antropiche connesse all'ecosistema agricolo esistente, la biodiversità dell'area in esame è testimoniata dalla presenza di:

rettili quali l'*Elaphe quatuorlineata* (cervone) e l'*Elaphe situla* (colubro leopardino);

uccelli quali Quaglia (*Coturnix coturnix*), Occhione (*Burhinus oedicephalus*), Succiacapre (*Caprimulgus europaeus*), Calandra (*Melanocorypha calandra*), Calandrella (*Calandrella brachydactyla*) e Averla cenerina (*Lanius minor*);

mammiferi quali chiroteri appartenenti a varie famiglie.

Fase di cantiere

Dato il contesto territoriale in cui l'area è inserita, in cui le unità ecosistemiche sono prevalentemente riconducibili all'ecosistema agricolo con una scarsa vocazione ai fini della conservazione della biodiversità locale, gli impatti in fase di cantiere sono considerati lievi e irreversibili.

Fase di esercizio

In generale durante la fase di esercizio gli impatti potranno essere:

danneggiamento localizzato di tipo indiretto della vegetazione per effetto dell'inquinamento atmosferico dovuto all'incremento del traffico veicolare;

perdita di habitat (di riproduzione e trofico) per la fauna sebbene l'uso agricolo attuale presuppone un impatto non significativo;

disturbo antropico sulla componente faunistica con l'abbandono delle aree in cui tale disturbo si manifesta.

La dimensione entro cui il disturbo antropico tenderà a manifestarsi varierà a seconda della specie animale e dipenderà fortemente dalla sua ecologia e dimensione;

Poiché l'intervento ricadrà all'interno di un ampio *agroecosistema*, molto diffuso in termini quantitativi nell'ambito territoriale interessato, anche ad opere di edificazione effettuate, la sottrazione di

un habitat di tipo agricolo (ovvero di *agro-ecosistema* a vantaggio dell'*ecosistema antropico*) non produrrà verosimilmente variazioni significative nell'attuale equilibrio dell'ecosistema complessivo sia in termini quantitativi che qualitativi.

Le principali misure previste per eliminare o mitigare gli effetti negativi sull'ambiente prevedranno:

- messa a dimora di nuovi soggetti arborei e/o arbustivi della flora locale rientranti nel climax della vegetazione naturale potenziale dell'ambito d'intervento;
- posizionamento in alcuni punti delle sistemazioni esterne e lungo il ciglio della viabilità di accesso all'area, di siepi con funzione di fascia di protezione e/o “corridoio ecologico” che consentirà alle specie presenti gli spostamenti longitudinali con la riduzione dei rischi di collisione
- utilizzo, per le sistemazioni esterne, di pietrame molto grossolano in maniera tale da presentare fessure ampie da 1 a 6 cm o più, al fine di permettere a piccoli animali (rettili, micromammiferi) di trovare rifugio e di aumentare il proprio territorio di caccia;
- installazione di corpi illuminanti speciali per evitare l'inquinamento luminoso
- utilizzo, durante la fase di esercizio, di mezzi ed impianti dotati di dispositivi per la mitigazione del rumore in ottemperanza alla normativa vigente in materia;
- *Paesaggio*

Stato di fatto

L'area in studio non presenta caratteristiche di particolare pregio dal punto di vista naturalistico e paesaggistico. Infatti non sussistono vincoli di alcun genere sia da un punto di vista urbanistico che paesaggistico. Il tutto come confermato dalla classificazione “D” degli A.T.E. operata dal P.U.T.T./P.

Fase di cantiere

In fase di costruzione gli impatti sulla componente paesaggio saranno essenzialmente riconducibili alle modifiche indotte alla percezione abituale dei luoghi, ad ostruzioni del campo visivo e alla presenza di mezzi o strutture in grado di influire negativamente sulla qualità del contesto.

Fase di esercizio

Una volta edificato l'ospedale potrà incidere sulla visibilità delle aree già presenti o potrà essere visibile da tali aree. Poiché il bacino visuale è privo di manufatti di pregio (beni culturali, vincoli e segnalazioni archeologiche ed architettoniche) le attuali condizioni visuali risulteranno sostanzialmente immutate e tali da non percepire a vasta scala contrasti significativi nel contesto paesaggistico d'insieme.

Mitigazioni

Pur non rilevandosi impatti significativi dal punto di vista della percezione visiva ovvero modificazioni significative delle caratteristiche del contesto paesaggistico dovute alla realizzazione

dell'opera, l'impatto visivo a “scala ridotta” sarà mediato da uno studio attento delle architetture e da schermature botanico-vegetazionali lungo i confini di proprietà.

Clima acustico e vibrazioni

Stato di fatto

L'area in studio risulta prossima alla S.S. n. 16 che rappresenta una sorgente di emissioni sonora di tipo “lineare” significativa ma distante da essa circa 1 km. La S.S. è una sorgente di emissione significativa in quanto il flusso veicolare può disporre di quattro corsie e di un tracciato ad andamento lineare adatto a velocità sostenute.

Nell'ambito di riferimento non sono presenti sorgenti di emissione significativa di tipo “puntuale” (opifici industriali, artigianali ecc.), nè sorgenti di emissione di tipo “areale” (cave attualmente in esercizio).

Non si segnala la presenza di aree particolarmente sensibili per quanto attiene alla risorsa silenziosità.

Se si esclude il traffico veicolare, non si rilevano sorgenti di vibrazioni presenti nell'area di studio.

Non sono presenti ricettori a sensibilità molto alta.

Fase di cantiere

La realizzazione dell'opera determinerà potenziali incrementi di livelli acustici nell'intorno delle aree interessate dalle attività.

Le emissioni dirette di vibrazioni saranno correlate all'utilizzo di mezzi d'opera e attrezzature di superficie quali rulli vibranti, vibrocompattatori, martelli pneumatici, ecc.

Il disturbo vibrazionale prodotto sui ricettori sussisterà per tempi limitati e sarà di natura intermittente durante l'arco temporale giornaliero.

Gli impatti saranno comunque temporanei e reversibili.

Fase di esercizio

L'incremento di traffico, a seguito della realizzazione dell'opera, comporterà inevitabili aumenti del rumore da traffico veicolare in prossimità delle viabilità circostante.

Oltre al traffico, durante la fase di esercizio, le centrali e gli impianti tecnologici contribuiranno all'incremento delle emissioni sonore.

Le opere in progetto non prevedono utilizzo di elementi tecnologici che possano costituire sorgenti di vibrazioni significative.

Le principali misure previste per eliminare o mitigare gli effetti negativi sull'ambiente prevedranno:

utilizzo di elementi tecnologici insonorizzati con emissioni nei limiti di legge;

- uso di sistemi antivibranti;
- messa a dimora di vegetazione arborea o arbustiva perimetralmente all'area destinata a parcheggio;
- utilizzo delle migliori tecniche disponibili per prevenire e/o contenere le emissioni degli impianti.

Radiazioni ionizzanti e non ionizzantiStato di fatto

In assenza di specifici studi non si segnala la presenza di sorgenti di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.

Fase di cantiere

Non si può escludere la liberazione di gas radon da aperture o microfratture generate dalle opere di scavo delle fondazioni. Il radon è pericoloso per inalazione ma la sua concentrazione in ambienti aperti è troppo bassa per sviluppare effetti nocivi sulla salute umana.

L'opera in progetto non produrrà impatti diretti e/o indiretti in fase di cantiere.

Fase di esercizio

Le normali attività mediche di tipo radiodiagnostico e radioterapeutico prevedranno l'utilizzo di fonti di radiazioni ionizzanti che saranno impiegate in ambienti confinati ad accesso controllato e con l'ausilio di apparecchiature progettate ed utilizzate nel rispetto della normativa vigente.

L'opera potrà prevedere l'introduzione sul territorio di nuove sorgenti di radiazioni non ionizzanti quali impianti per la trasmissione e distribuzione dell'energia elettrica, impianti per teleradiocomunicazioni ecc.. Laddove siano previste esse dovranno essere compatibili con gli standard ed i criteri di prevenzione di danni all'ambiente ed all'uomo attualmente previsti dalla normativa vigente in materia. Il progetto esecutivo, dell'intervento, potrà prevedere illuminazioni notturne contribuendo all'inquinamento luminoso della zona.

L'impatto è giudicato non significativo e pertanto non sono previste mitigazioni.

Salute pubblicaFase di cantiere

In fase di cantiere l'opera genererà un impatto occupazionale diretto e indiretto che, come dimostrato da studi specifici, influiscono positivamente sullo stato di salute e benessere dell'uomo. Infatti la condizione professionale presenta dei chiari effetti sulla salute. I disoccupati tendono a presentare livelli di benessere psicologico minori rispetto a quelli degli occupati con effetti che vanno dalla presenza di stati depressivi e ansiosi sino ad arrivare, nei casi più gravi, al suicidio.

Per quanto riguarda invece i possibili impatti per la salute e il benessere dell'uomo generati dalle modificazioni dell'ambiente fisico indotte dalle attività previste durante la fase di cantiere, i potenziali impatti non sono trascurabili relativamente alle polveri ma determinano dei contributi ai livelli ambientali sostanzialmente conformi ai limiti di legge. Tuttavia queste modificazioni risulteranno minimizzate per effetto della adozione di accurati accorgimenti di carattere gestionale e tecnologico.

Fase di esercizio

Gli effetti dell'intervento sulla salute e sul benessere dei residenti saranno avvertiti direttamente ed indirettamente dall'intera popolazione dei comuni limitrofi.

L'opera influenzerà la salute della popolazione direttamente e indirettamente, in relazione al miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari.

Viabilità

Stato di fatto

Da una iniziale valutazione le infrastrutture viarie attualmente esistenti in prossimità del sito d'intervento risultano già sufficienti in previsione del volume di traffico che attrarrà il nascente presidio ospedaliero. Infatti attualmente la zona è servita dalla Strada Statale n. 16 Adriatica che corre parallelamente al sito d'intervento a circa 1 km di distanza. Dalla statale il sito può essere raggiunto facilmente attraverso gli svincoli per Lamalunga.

Fase di cantiere

L'attività di cantiere comporterà movimentazioni di materiali e mezzi. Tali attività con conseguente utilizzo del sistema viario determinerà un lieve incremento del traffico sulla S.S. 16 ed in particolare in prossimità degli svincoli per l'accesso alle strade comunali che portano all'area di cantiere.

Fase di esercizio

La rete stradale esistente ed in particolare la SS.16 subirà in fase di esercizio lievi incrementi di traffico. Questa arteria stradale con 4 corsie separate da spartitraffico e la vicina viabilità di servizio risulterà con gli adeguamenti del caso in grado di smaltire l'aumento di traffico che l'intervento progettuale richiederà. Le principali misure previste per eliminare o mitigare gli effetti negativi prevedranno la predisposizione di idonee misure di regolamentazione ed incanalamento del traffico.

7.0 - PROPOSTA PROGETTUALE

7.1 - INDIRIZZI METODOLOGICI

Si elencano di seguito alcune linee di indirizzo ai quali dovrà essere fatto esplicito riferimento nei documenti progettuali di livello preliminare, con i dovuti approfondimenti nelle fasi definitiva ed esecutiva

- ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE

classificazione delle esigenze per aree funzionali omogenee;

matrice delle relazioni funzionali e dei percorsi.

- OSPEDALE E TERRITORIO

localizzazione;

aspetti geomorfologici;

sostenibilità ambientale e integrazione con il contesto urbano circostante;

emergenze climatiche.

– ORGANISMO ARCHITETTONICO

flussi e percorsi;

collegamenti tra le funzioni;

accessi;

logistica;

viabilità e parcheggi;

ingressi;

spazi esterni (percorsi, spazi di relazione);

distribuzione interna;

capacità di flessibilità ed espansibilità;

– REQUISITI PRESTAZIONALI

impianti: caratteristiche, manutenibilità, sicurezza, flessibilità ed espansibilità;

strutture: scelta del sistema strutturale, valutazione dei carichi, materiali;

collegamenti meccanizzati;

individuazione in base ai criteri di sicurezza igienico-sanitaria dei livelli di rischio nei singoli ambienti per specialità;

individuazione di un elenco di unità tecnologiche (chiusure, partizioni, ecc,) per classi di elementi tecnici specifici(pareti, infissi, ecc.);

definizione dei requisiti tecnologici per classi di esigenze;

definizione delle prestazioni dei materiali.

– RICADUTE SULLA GESTIONE

sicurezza;

confort e benessere;

contenimento degli oneri di gestione e manutenzione;

contenimento energetico;

percorsi verticali e orizzontali: distinzione tra sporchi e puliti e, nei puliti, tra food e no food.

7.2 - IL PROGETTO

In relazione ai principi guida già espressi nei paragrafi precedenti e per raggiungere gli obiettivi che questo progetto intende perseguire, vengono di seguito elencate le principali scelte progettuali che saranno maggiormente sviluppate nel progetto preliminare:

Umanizzazione ed assistenza: elemento fondamentale del percorso procedurale diagnostico è la salvaguardia della dignità del paziente nella sua dimensione personale e comunitaria e quindi la centralità dei suoi bisogni e diritti. Il paziente dovrà essere informato e guidato, vivere in un ambiente rassicurante e

confortevole, nel quale siano garantiti da una parte un adeguato livello di privacy, dall'altro lo scambio interpersonale, con la possibilità di ricevere i propri congiunti senza limitazioni di orari.

L'utente dell'ospedale dovrà avere la possibilità di incontrare liberamente parenti ed amici, di raggiungere autonomamente, se gli è possibile, luoghi di relax, o di usufruire di aria e luce naturale e di entrare in contatto diretto con il verde.

Sarà realizzato un ambiente nel quale ogni elemento sia pensato per facilitare il paziente e per rispondere alle sue esigenze. Parallelamente, anche chi lavora nell'ospedale, sarà facilitato il più possibile nello svolgimento della propria attività, potrà lavorare in condizioni di comfort ambientale e sicurezza.

Integrazione con il territorio e la città: attraverso due livelli, uno urbanistico e l'altro architettonico, sarà dato all'ospedale una valenza urbana come luogo aperto alla città e al territorio. Posizione, localizzazione, valenza ambientale, accessibilità, l'ospedale sarà concepito come struttura capace di valorizzare l'intorno in quanto elemento primario nel disegno della città e delle sue aree, anche periferiche. Ruolo importante giocheranno le aree a verde, interne ed esterne, concepite come zona di sosta e di svago dei pazienti, ma anche aperte alla città.

Flessibilità funzionale e strutturale: il modello distributivo proposto permette ridistribuzioni, scorrimenti ed inclusioni al suo interno, orientando le scelte progettuali alla definizione di un impianto organizzativo e formale capace di assorbire successive modificazioni, grazie ad una buona flessibilità funzionale e strutturale.

7.3 - Tipologia edilizia

L'impianto del nuovo ospedale di Monopoli - Fasano costituirà un complesso sistema insediativo basato su un classico schema con un corridoio centrale “aperto” sul quale si affacciano i blocchi dipartimentali e dei servizi.

La “Hospital Street” costituirà l'asse portante di tutte le attività ospedaliere: questa svolgerà infatti la funzione di collegamento interno tra i vari blocchi sanitari e di servizi; su di essa si affacceranno tutte le attività, sia quelle aperte al pubblico che quelle riservate ai pazienti. La “Hospital Street” si svilupperà a “T”. Alle estremità troveremo un corpo di fabbrica destinato all'accoglienza ed al ricevimento dei pazienti deambulanti, un corpo di fabbrica destinato al dipartimento di emergenza, un corpo di fabbrica destinato agli operatori e sul lato corto si affacceranno i corpi di fabbrica destinati ad accogliere le degenze o servizi sanitari (ambulatori, day hospital, attività ludiche, esercizi commerciali etc).

Il presente studio di fattibilità prevede un modello di struttura edilizia di facile individuabilità, estremamente compatto e facilmente inseribile nella realtà urbana: l'ospedale sarà diviso in unità componibili, autonome, multifunzionali, collegate con connessioni atte a consentire la massima interrelazione tra tutte le funzioni del complesso ospedaliero.

Da un punto di vista plani-volumetrico l'edificio risulterà strutturato a monoblocchi articolati con altezza massima di tre piani dal piano di campagna ed un livello seminterrato, che in alcune zone (dedicate a carico/scarico merci, accesso bunker, ecc.) potrà risultare, a tutti gli effetti, fuori terra, in quanto circondato da piazze e spazi esterni in quota.

8.0 IL MODELLO ORGANIZZATIVO PER AREE FUNZIONALI A DIVERSA INTENSITA' ASSISTENZIALE.

In considerazione del dimensionamento operativo, prevalentemente destinato alla fase acuta della patologia, è pertanto necessario prevedere conseguenti variazioni nell'organizzazione ospedaliera a regime e, quindi, anche in quella dei nuovi ospedali che risulteranno disponibili al termine della fase realizzativa, che, per quanto contenuta, si aggira comunque in almeno cinque-sei anni. Fattori rilevanti del processo di riorganizzazione sono quelli di seguito indicati:

- __l'incremento degli interventi chirurgici ed endoscopici per via ambulatoriale;
- __la diminuzione degli esami di laboratorio, grazie alla maggiore sofisticazione della diagnostica in genere;
- __l'incremento delle terapie intensive;
- __l'impiego di tecnologie informatiche che può liberare da alcuni vincoli di adiacenza funzionale.

Accanto alla crescita dei servizi ambulatoriali ed alla riduzione dei tempi di degenza, si assisterà quindi ad una maggiore richiesta di assistenza monitorizzata e ad un maggior numero di esami e procedure da eseguire al letto del paziente; questa considerazione richiede parametri di dimensionamento delle aree di degenza che evidenziano una crescita di spazi attrezzati a scapito di quelli di soggiorno, superflui per malati che, in prevalenza, trascorreranno in ospedale solo brevissimi periodi di degenza per la fase acuta.

Una rete efficace di primo intervento territoriale e l'incremento delle opportunità diagnostiche legato ad una diffusa informatizzazione di tutte le strutture socio sanitarie territoriali - anche attrezzando gli ambulatori dei medici di famiglia e le abitazioni dei pazienti - determineranno anche una riduzione di accessi al pronto soccorso.

L'impianto organizzativo dipartimentale proposto ha la funzione di tracciare le linee generali dell'integrazione delle attività degli ambiti specialistici, medici e chirurgici, che esistono e che si attiveranno nel prossimo futuro.

Il modello di riferimento è quello dell'Area Funzionale Omogenea che vede le singole strutture fortemente integrate in rete, con svolgimento di attività ad elevato contenuto tecnologico ed organizzativo.

Dovranno essere, quindi, previste degenze unificate ed articolate nei settori omogenei propri delle specialità che costituiscono l'area funzionale. Saranno unificate tutte le attività di day hospital e day surgery, con programmazione dell'accesso che consenta il massimo utilizzo delle strutture, nonché tutte le attività ambulatoriali, organizzate in macrosettori che garantiscano un uso razionale e flessibile delle risorse.

Le strutture di degenza saranno organizzate per settori funzionali, secondo criteri basati sulle competenze professionali omogenee, legate al mantenimento di standard di servizio condivisi e di livelli comuni di utilizzo delle risorse. Ciò garantirà requisiti di continuità della cura, anche in presenza di elevata specializzazione delle équipes, e una maggiore “comunicabilità” col territorio attraverso la dimissione protetta.

La riduzione delle procedure chirurgiche assistite da degenza ordinaria ed il trasferimento della casistica verso forme diurne o ambulatoriali richiedono una minore disponibilità di spazi, ma esigono anche una forte flessibilità degli spazi di degenza ordinaria utilizzati in comune, che determina carichi variabili con periodicità settimanale – weekly hospital – sopportabili solo in presenza di una organizzazione flessibile.

9.0 - LA QUALITÀ DEL PROGETTO. DIMENSIONAMENTO DELL'OPERA

Cura particolare viene richiesta nella predisposizione di tutti gli strumenti preliminari alla definizione e valutazione qualitativa del prodotto “ospedale”, anche sotto il profilo della gestione del processo assistenziale. In particolare per i servizi di supporto all'assistenza sarà privilegiata la qualità del contenitore ospedaliero sotto il profilo dell'uso dei materiali, della qualità degli impianti, dell'inserimento ambientale, del colore e della segnaletica, del comfort acustico, del microclima interno, dei ricambi d'aria e del condizionamento; con particolare riferimento a questi ultimi elementi, la progettazione integrata dovrà garantire anche la gestione accurata del calore con particolare riferimento al risparmio energetico.

Nelle valutazioni preliminari assume importanza strategica quella di impatto ambientale riferita alla sostenibilità generale dell'impianto, anche in termini di ricadute sulla gestione e sulla fattibilità, nonché sull'uso del territorio.

L'ottimizzazione dei livelli di "qualità edilizia" dipende dalla valutazione delle soluzioni tecniche e dei relativi materiali da adottare.

In questa sede, si ritiene di maggior interesse, più che la scelta delle soluzioni da proporre (che poi dipenderà in sede di progettazione definitiva da un confronto incrociato), individuare invece una metodologia di approccio al problema. La scelta delle soluzioni tecniche e tecnologiche, nonché dei materiali sarà effettuata mediante una analisi che, partendo da particolari matrici essenziali, arrivi alla individuazione di determinati requisiti e alla definizione di specifiche prestazioni.

Le esigenze riguardanti il benessere, l'aspetto, la sicurezza, la fruibilità, l'integrazione e la gestione possono essere soddisfatte all'interno di una stessa area funzionale in modo diverso.

Le unità tecnologiche da considerare sono soprattutto quelle riferite alle categorie di opere che hanno maggiori ricadute progettuali per l'incidenza sul costo di costruzione.

Per la scelta delle soluzioni tecniche e quindi per il dimensionamento dell'opera, si ritiene utile procedere con una serie di possibili alternative, secondo un percorso metodologico dal "generale" al "particolare".

Il generale consente di partire da definizioni o normative di ordine concettuale. Al "particolare" si giunge attraverso una serie di passaggi logici di verifica, di confronto e selezione, al fine di fornire all'operatore (progettista, committente, imprenditore, fornitore) uno strumento concreto di scelte, che offre le necessarie ed oggettive garanzie richieste.

Sotto il profilo architettonico si sono assunti i seguenti obiettivi:

limitare l'altezza del fabbricato, in particolare evitando la realizzazione di un corpo edilizio troppo massiccio;

assecondare l'andamento del terreno, limitando per quanto possibile interventi di impatto considerevole sulla situazione morfologica attuale.

L'ospedale di 300 pl potrà essere calibrato al proprio interno in modo da avere un quadro:

degenze	30%;
Diagnosi e terapia:	50%;
Servizi generali:	20%.

Il dimensionamento della struttura dovrà rispettare gli standard sanitari dettati dall'AGENAS, in particolare si potrà adottare un parametro standard di 120 mq/pl

10.0 - DATI DIMENSIONALI DEL PROGETTO

I principali dati dimensionali della nuova struttura rispetto ai posti letto, coerentemente con gli standard Agenas, a parziale modifica dei dati dello SdF della Cabina di regia della Regione Puglia sono i seguenti:

N° posti letto totali	300
N° piani fuori terra massimo	3
N° piani entro terra	1
Superficie dell'area mq	150.000
Superficie totale coperta	40.000
Superficie per posto letto	133
N° sale operatorie	4

Per quanto attiene alla articolazione delle degenze (chirurgiche, intensive care, high care, low care, mediche, degenze diurne mediche, ecc..), lo schema previsto dal progetto per l'area di degenza sviluppa il modello del corpo quintuplo. Saranno individuate due vie di accesso a ciascun reparto con

ingressi separati per visitatori e degenti, serviti da punti di connessione verticali distinti e dedicati. Ogni area di degenza sarà completata da servizi di reparto prescritti dalle normative sull'accreditamento. Il corpo centrale sarà dedicato a servizi di reparto o a chioschi che consentiranno un maggior rapporto tra superficie pavimentata e superficie illuminante. Le camere di degenza del dipartimento medico e chirurgico saranno a due posti letto, dotate di servizi igienici, o ad un posto letto (nella misura del 20%) dotate sempre di servizio igienico annesso. Le degenze intensive saranno realizzate in riferimento alle linee guida di accreditamento e costituite prevalentemente da 2 aree di degenza da 8 posti letto e da altre due stanze di degenza a letto doppio o singolo. Ciò permetterà un miglior controllo dei degenti ed una migliore accessibilità ai familiari. Le sale di degenza saranno dotate di pareti mobili per assicurare la privacy dei pazienti.

11.0 - ASSETTO FUNZIONALE

L'edificio deve avere un corretto orientamento rispetto al sole, ai venti prevalenti e alle possibili fonti di disturbo. Inoltre deve manifestarsi con caratteri di gradevolezza e di confort che ne attenuino l'immagine deprimente consueta.

La matrice delle contiguità funzionali e fisiche deve essere definita nel rispetto delle specificità del complesso ospedaliero.

Verso	DEA	Blocco operatorio	Reparti degenza	Reparti alta intensità di cura	Struttura riabilitazione intensiva	Blocco parto	Endoscopia	Centrale sterilizzazione	Urgenza per immagini anche laboratorio	Diagnostica di laboratorio	Centro trasfusionale	Area ambulatoriale
DEA		Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'
Blocco operatorio	Alta criticità <10'		Non critico	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
Reparti degenza	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'		Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'
Reparti alta intensità di cura	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia		Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
Struttura riabilitazione intensiva	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'		Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'
Blocco parto	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Non critico		Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
Endoscopia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'		Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
Centrale sterilizzazione	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'		Alta criticità <5'	Non critico	Non critico	Criticità intermedia
Diagnostica per immagini	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'		Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Criticità intermedia
Diagnostica di laboratorio	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico		Alta criticità <10'	Non critico
Centro trasfusionale	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'		Non critico
Area ambulatoriale	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Alta criticità <10'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	

12.0 - ACCESSI E PERCORSI

I percorsi e gli accessi devono rispondere a specifici requisiti di carattere strutturale ed organizzativo. Il sistema Ospedale sarà dotato di un unico accesso di ingresso differenziato in più percorsi in base ai differenti flussi di utenza. Le varie utenze possono essere così schematizzate:

- Visitatori e pazienti ambulatoriali;
- Emergenze;
- Merci e materiali;
- Personale;
- Morgue.

L'accesso all'area ambulatoriale dalla rete viaria urbana deve essere agevole. Il percorso delle salme e l'accesso alla morgue devono seguire vie dedicate.

Il trasporto dei materiali dovrà essere completamente automatizzato, con modalità tecniche distinte fra materiale pesante e materiale leggero, e separazione dei percorsi sporco – pulito.

Anche i percorsi interni, soprattutto in ambito sanitario, seguiranno una logica ed una separazione rigorosa e faranno riferimento a collegamenti verticali dedicati. La rete dei flussi principali dovrà essere molto chiara e facilmente interpretabile dagli interni e dagli esterni, faciliti i movimenti e che ed eviti il più possibile le interferenze tra le diverse categorie di utenti.

I percorsi di persone e materiale all'interno dell'ospedale riconoscono differenti modalità e livelli di criticità, che vengono evidenziati nelle matrici seguenti:

VERSO	DEA	Blocco operatorio	Reparti degenza	Reparti alta intensità di cura	Struttura riabilitazione intensiva	Blocco parto	Endoscopia	Centrale sterilizzazione	Diagnostica per immagini anche interventi	Diagnostica di laboratorio	Centro trasfusionale	Area ambulatoriale
DEA	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'
Blocco operatorio	Alta criticità <10'	Non critico	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
Reparti degenza	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'
Reparti alta intensità di cura	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
Struttura riabilitazione intensiva	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'
Blocco parto	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
Endoscopia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
Centrale sterilizzazione	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico	Non critico	Non critico	Criticità intermedia
Diagnostica per immagini	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia
Diagnostica di	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico	Alta criticità	Alta criticità	Non critico

laboratorio										<10'	
Centro trasfusio-nale	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Non critico
Area ambulatoriale	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Alta criticità <10'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'
Aree sanitarie Servizi	DEA		Reparti di degenza <i>(ogni intensità di assistenza)</i>		Reparti operatori		Aree ambulatoriali		Aree Diagnostiche		Centrale sterilizzazione, aree sub sterilizzazione e disinfezione
Cucina			Confezionamento pasti personalizzati				Menù personalizzati Confezionamento pasti personalizzati				
Lavanderia	Percorsi distinti per sporco e pulito Consegna ordinaria ed urgente	Percorsi distinti per sporco e pulito Consegna ordinaria ed urgente	Percorsi distinti per sporco e pulito Consegna ordinaria ed urgente	Percorsi distinti per sporco e pulito Consegna ordinaria ed urgente	Percorsi distinti per sporco e pulito Consegna ordinaria ed urgente	Percorsi distinti per sporco e pulito Consegna ordinaria ed urgente	Consegna ordinaria ed urgente				
Trasporti materiale	Automatizzazione e per carichi leggeri e pesanti	Automatizzazione e per carichi leggeri e pesanti	Automatizzazione e per carichi leggeri e pesanti	Automatizzazione e per carichi leggeri e pesanti	Automatizzazione e per carichi leggeri e pesanti	Automatizzazione e per carichi leggeri e pesanti	Automatizzazione e per carichi leggeri e pesanti				
Pulizie	Minima interferenza attività sanitaria	Minima interferenza attività sanitaria	Minima interferenza attività sanitaria	Minima interferenza attività sanitaria	Minima interferenza attività sanitaria	Minima interferenza attività sanitaria	Minima interferenza attività				
Smaltimento rifiuti	Trattamento rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. Urbani	Trattamento rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. Urbani	Trattamento rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. Urbani	Trattamento rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. urbani	Trattamento rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. urbani	Trattamento rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. Urbani	Tratt. rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. urbani		Tratt. rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. urbani		
Magazzini	Consegna ordinaria ed urgente	Consegna ordinaria ed urgente	Consegna ordinaria ed urgente	Consegna ordinaria ed urgente	Consegna ordinaria ed urgente	Consegna ordinaria ed urgente	Consegna ordinaria ed urgente				

13.0 - SISTEMAZIONI ESTERNE e PARCHEGGI.

L'area individuata per la realizzazione del nuovo ospedale è distante dai primi edifici del Comune di Monopoli circa 8,00 km e 5,00 km dal Comune di Fasano e sarà pertanto necessario realizzare delle importanti opere di urbanizzazione primaria e secondaria, tra le quali le strade di collegamento alla SS adriatica.

L'area, prevalentemente pianeggiante, è collocata in una zona aperta, libera da preesistenze, vincoli e condizionamenti.

Il disegno dell'area prescelta, la tipologia architettonica pensata e l'altezza degli edifici, che non supereranno i quattro piani fuori terra, bene si adatta alle caratteristiche ed alla natura dei luoghi che ospiteranno la nuova struttura.

L'ospedale sarà dotato di cinque ingressi/percorsi (visitatori e pazienti ambulatoriali, emergenza-urgenza, personale, merci e materiale di rifiuti e morgue); all'interno dell'area saranno messi a disposizione circa 27.000 mq per ospitare 900 posti auto in favore dell'utenza esterna, e circa 12.000 mq per ospitare 400 posti auto per il personale sanitario e 150 posti auto per gli altri servizi da erogare.

L'intera area parcheggio sarà dotata di copertura realizzata con pannelli fotovoltaici.

La sistemazione a verde delle aree esterne sarà realizzata in modo da non interferire con i coni di avvicinamento all'eliperficie (di circa 2.500 mq), che sarà realizzata in prossimità del DEA, collegata alla camera calda da un breve percorso privilegiato ambulanza.

La disposizione a verde avrà una relazione diretta con il costruito: le scelte volumetriche del verde non contrasteranno i volumi tecnici ed architettonici.

Si avranno grandi spazi aperti, interrotti solo da sistemi piantumati più tecnologici.

Le vegetazioni saranno disposte su una prospettiva di paesaggio non ancora urbanizzato.

Per ridurre l'impermeabilizzazione del suolo si impiegheranno pavimentazioni permeabili. Si utilizzeranno idonei materiali permeabili per la pavimentazione delle superfici dopo aver verificato che il sottofondo e il sottosuolo abbiano una permeabilità sufficiente. Saranno utilizzate pavimentazioni inerbite rispetto a quelle non inerbite poiché consentono una migliore depurazione delle acque meteoriche.

Saranno impiegati anche asfalti e calcestruzzi drenanti.

12.1 - Visitatori e pazienti ambulatoriali

L'ingresso dei visitatori all'Ospedale sarà consentito nell'area posta ad Est e frontalmente alla città e sarà caratterizzato dalla presenza di parcheggi esterni su unica quota. I visitatori potranno poi accedere alla "hospital street" per raggiungere i servizi a piano terra e/o i punti di comunicazione verticale che collegheranno i vari piani dell'Ospedale.

12.2 - Emergenze

La modalità di accesso delle emergenze alla nuova struttura ospedaliera sarà caratterizzata dalla massima velocità e facilità d'uso attraverso una corsia, delimitata mediante segnaletica orizzontale, tale da consentire un flusso veloce alle emergenze in entrata e, con una strada dedicata, alla camera calda del Pronto Soccorso. Nelle vicinanze di quest'ultimo sarà previsto un piccolo parcheggio per gli utenti esterni.

La posizione dell'Elisuperficie, a Sud-Ovest del fabbricato principale, è localizzata secondo quanto previsto dalla relativa normativa e consente il collegamento con il Dipartimento di Emergenza attraverso una connessione viaria diretta verso il pronto soccorso o verso l'uscita, per un eventuale trasferimento del paziente

12.3 - Merci e materiali

I materiali in ingresso entreranno dal portale principale ed accederanno nelle aree di carico e scarico poste sui lati nord e sud del perimetro ospedaliero ove saranno allocate le attività di supporto: cucina, officine, aree amministrative e depositi. Tale livello costituirà il punto di consegna delle merci in entrata e l'area di raccolta e di partenza del materiale in uscita che avverrà mediante il trasporto automatizzato, con percorso e montacarichi dedicati. Anche il materiale sporco, raccolto dagli ascensori dedicati e portato con percorsi protetti sino all'isola ecologica, posta nel medesimo livello, sarà allontanato con il percorso dei materiali, evitando così la presenza di flussi impropri all'interno dell'area ospedaliera. La rete dei percorsi deve essere anche compatibile coi sistemi di trasporto meccanizzato e automatizzato.

12.4 - Personale

Dal punto di accesso principale e tramite viabilità stradale interna il personale potrà accedere ai propri parcheggi, situati sul lato nord-ovest della struttura, in adiacenza al pronto soccorso. Il personale potrà poi raggiungere, tramite apposite rampe o ascensori, il piano seminterrato e di qui arrivare agli elevatori che collegano i vari piani

12.5 - Morgue

Totalmente separato dai flussi già descritti sarà invece quello relativo all'accesso ed all'uscita dei dolenti al servizio mortuario.

12.6 - Percorsi interni

Al fine di conseguire un maggior livello di sicurezza i percorsi dei degenti, visitatori, personale e merci saranno ben distinti in modo da garantire una separazione delle diverse categorie. Gli ammalati che arriveranno dall'Elisuperficie e dal Pronto Soccorso accederanno direttamente alla Camera Calda e quindi al

Dipartimento di Emergenza attraverso percorsi indipendenti da quelli del pubblico ed interamente localizzati al Piano rialzato. Da questo livello si potrà poi raggiungere, con nodi di risalita dedicati, i piani di degenza. Il personale potrà accedere al piano interrato, dove saranno situati gli spogliatoi centrali; attraverso i percorsi interni raggiungerà poi rapidamente e facilmente i piani superiori di diagnosi e cura o di degenza.

Le merci, provenienti dal piano seminterrato con il sistema di trasporto automatizzato, verranno portate all'interno dell'edificio e smistate. Il trasporto ai piani superiori avverrà mediante i blocchi di ascensori riservati al percorso dello sporco e del pulito, tenuti distinti e indipendenti dagli altri collegamenti verticali.

13.0 - DESCRIZIONE PRINCIPALI SERVIZI

13.1 - DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Il pronto soccorso dovrà essere di una serie di servizi diagnostici dedicati (in continuità funzionale e strutturale con l'Area centrale di diagnostica per immagini) di aree per il triage, per la stabilizzazione e l'intervento di emergenza, di box con letti tecnici per il trattamento, di sala gessi e di una zona di osservazione breve con letti, finalizzata ad incrementare la funzione di filtro propria di questo settore senza diminuire la presa in carico dell'utente.

La struttura dovrà essere dotata di idonei percorsi orizzontali e verticali in funzione delle relazioni funzionali necessarie con i servizi di diagnosi e cura, il blocco operatorio, i reparti con alta intensità di cura, area esterna per elisoccorso, Centrale Operativa 118.

13.2 - Blocco servizi di degenza

Sarà il blocco più importante dell'ospedale. Se è vero che i servizi di diagnosi e cura rappresentano il nucleo operativo che richiede le più accurate scelte progettuali ed in cui è maggiore la concentrazione di tecnologie e di investimento di capitali, è pur vero che il reparto di degenza costituisce la sede fissa in cui il paziente è chiamato a vivere, giorno e notte, la propria condizione di malato, e pertanto questo temporaneo speciale “habitat” sarà pensato e realizzato con estrema cura ed attenzione.

E' opportuno definire delle unità di degenza articolate in modo da garantire un certo grado di individualità ed individuabilità, pur nel rispetto della flessibilità funzionale. La camera di degenza deve anche facilitare il lavoro di assistenza del personale infermieristico.

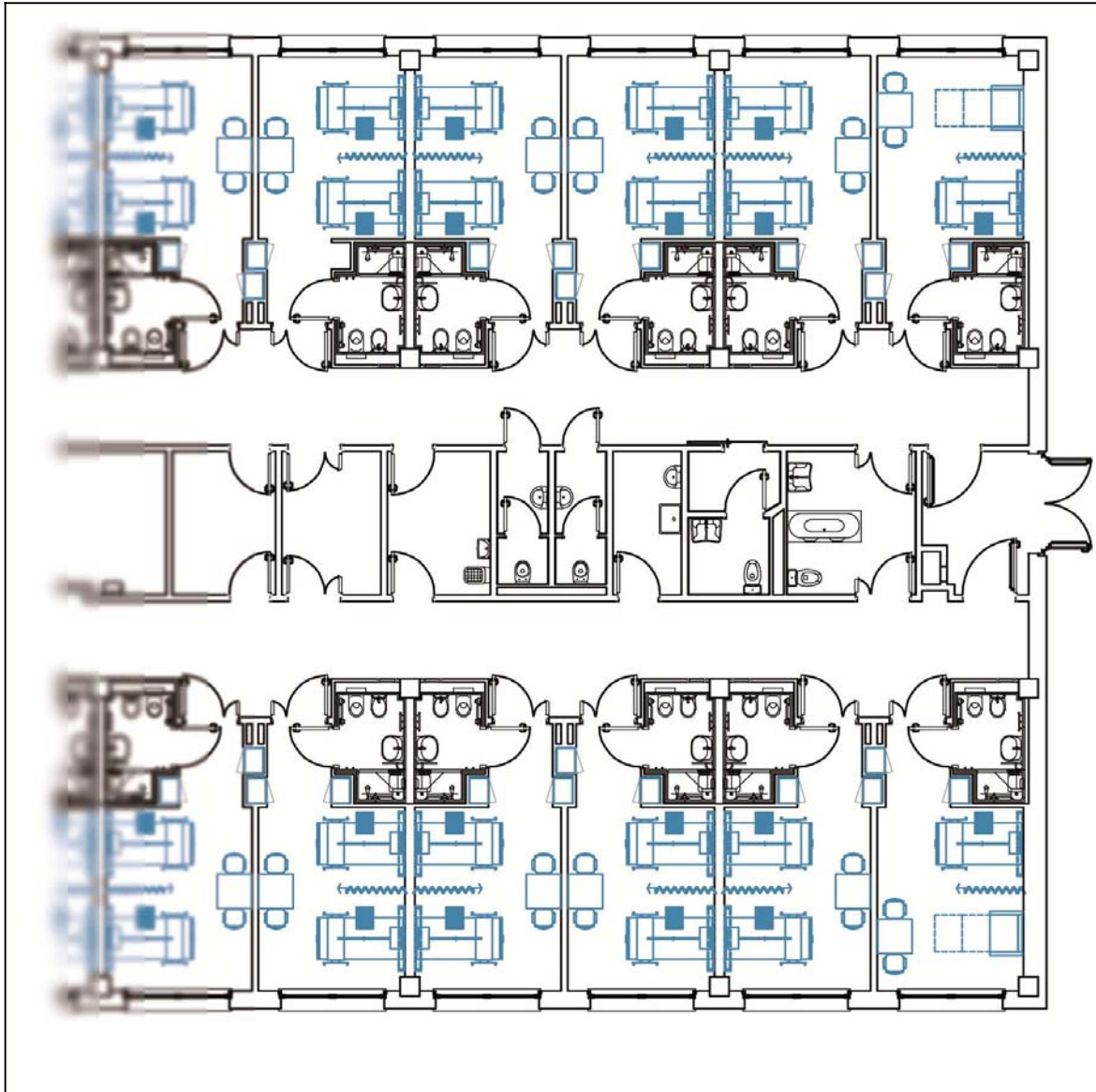


Fig.30 – Configurazione tipo reparti degenza – Griglia 7.50 x 7.50 mt

In particolare sarà ricercato il corretto punto di equilibrio tra certe preminenti rigide esigenze igienistiche e funzionali, peculiari di un ospedale, che devono essere soddisfatte, e la ricerca, in termini architettonici e di design, di un tono, di un colore e di un calore che rendano accogliente e vivibile tale ambiente.

La configurazione planimetrica del reparto di degenza tipo sarà realizzata con moduli standard a corpo quintuplo, dai 24 p.l. ai 30 p.l., in camere singole o doppie con spazio per un eventuale accompagnatore (sup. minima di mq. 25,00 posta su griglia da mt. 7,50x7,50).

Le degenze ai vari piani saranno atte a garantire lo svolgimento delle funzioni di ricovero e di supporto sanitario e sono organizzate secondo la filosofia dipartimentale di intercambiabilità e di integrazione funzionale.

Si potranno distinguere tre differenti nuclei funzionali: le camere di degenza, i servizi di supporto (sala del coordinatore infermieristico, infermeria, studio medico, depositi sporchi e puliti, servizi igienici, locali e cavedi tecnici, etc), le circolazioni e i disimpegni. La superficie destinata alle degenze occuperà circa il 50% della superficie totale, mentre un buon 30% sarà destinato ai servizi ed un 20% ai percorsi e disimpegni.

Gli studi medici e le sale di riunione saranno concentrati in apposite aree esterne alle aree di degenza, lasciando all'interno di quest'ultime spazi destinati solo alle attività sanitarie connesse alla degenza stessa.

Nella camera di degenza saranno limitati gli elementi propri della tecnologia ospedaliera distanti dall'esperienza quotidiana dell'utente, individuando degli spazi nei quali si possa, mediante un appropriato arredo, limitare il senso di estraneità, ritrovando invece aree di socializzazione. Con particolare cura si è pensato di controllare la qualità della luce pensando di utilizzare particolari schermature e dimensionando la superficie vetrata ampia e trasparente anche nella parte inferiore, per consentire una visibilità dell'esterno anche a soggetti allettati. Sarà necessario inoltre prevedere diversi sistemi di illuminazione dell'interno della sala di degenza: illuminazione generale che fornisca luce uniforme, illuminazione dedicata alla lettura, illuminazione per le visite mediche ed una per l'orientamento notturno.

13.3 - Blocco area materno - infantile

Il blocco area materno - infantile, situato allo stesso piano del dipartimento chirurgico ed adiacente al blocco operatorio, sarà costituito dal blocco parto, funzionalmente collegato alla degenza ostetrica, e da sei sale con unica destinazione di travaglio, parto e post parto (una sala prevederà il parto in acqua).

Nell'area dipartimentale troveranno sistemazione i locali destinati all'isola neonatale e alla terapia intensiva neonatale. In adiacenza al blocco materno - infantile, collegato funzionalmente con un percorso riservato, sarà realizzata una sala operatoria per eventuali emergenze. Anche qui la degenza, impostata sul corpo quintuplo, con le aree di supporto nella fascia centrale, sarà concepita come degenza indifferenziata, che potrà essere occupata dalle singole specialità, previste nel dipartimento, in funzione della richiesta di assistenza. In questo blocco dipartimentale saranno previsti i letti di ginecologia, ostetricia e pediatria oltre alle 10 postazioni di cullette per la terapia intensiva neonatale.

13.4 - Blocco operatorio

Sarà allocato al di fuori di ogni interferenza estranea alla sua funzione, e sarà posto in prossimità di altri servizi quali terapie intensive, dipartimenti di urgenza ed emergenza, centrali di sterilizzazione, day surgery, dipartimenti chirurgici, diagnostica per immagini e diagnostica di laboratorio, con i quali verrà collegato mediante opportuni percorsi verticali.

13.5 - Blocco servizi di ricerca e formazione medico-infermieristica

L'organizzazione moderna ed attuale di questi servizi verrà disciplinata per aree dipartimentali, quali nello specifico: centri di formazione, studi medici, uffici di gestione, aule per la didattica, biblioteche, sale riunioni e sala conferenza.

13.6 - Blocco servizi di riabilitazione ospedaliera

L'area dedicata comprenderà palestre di rieducazione, box per terapie e studi medici specialistici che saranno posizionati al piano rialzato e quindi di facile accesso per i pazienti.

13.7 - Servizi generali

All'interno dei servizi generali verranno realizzati:

- punto CUP prenotazione
- farmacia compreso deposito;
- magazzini deposito generali;
- centrale di sterilizzazione;
- centrale di disinfezione
- spogliatoio addetti centralizzati ;
- guardaroba e lavanderia(stoccaggio biancheria pulita e sporca);
- C.U.P. e prenotazioni;
- area C.E.D.;
- centralino telefonico;
- centrale di sicurezza;
- centrale smaltimento rifiuti;
- morgue (sale autopsia, locali preparazione e conservazione salme, camere ardenti e spazi riservati alle onoranze funebri)
- servizi religiosi: chiesa cattolica e sale multiculto;
- archivi sanitari;
- direzione ospedale:generale, amministrativa, sanitaria e tecnica, compreso uffici manutenzione programmata e servizi di monitoraggio ad essi collegati.
- URP informazione accoglienza e tutela
- Servizi di ristorazione (mensa e cucina)

13.8 - AREA FORMAZIONE ED UFFICI DIREZIONALI

- Devono essere previsti spazi per:
- Studi medici

- Biblioteca
- Centro multimediale
- Centro Direzionale
- Sale riunioni

13.9 AREA AMBULATORIALE

L'area dovrà essere collocata al piano terra e collegata funzionalmente con l'esterno, con il Pronto Soccorso.

Andranno previste le seguenti attività:

POLIAMBULATORIO

ATTIVITA' DI DAY SERVICE

ATTIVITA' AMBULATORIALE DI PREOSPEDALIZZAZIONE, AFTERCARE E DIMISSIONE PROTETTA

CENTRO PRELIEVI

14.0 - IMPIANTI TECNOLOGICI

Il nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano sarà dotato delle migliori tecnologie volte a minimizzare il carico ambientale connesso all'uso delle fonti energetiche. In particolare, per quanto concerne l'involucro edilizio, si prevede l'impiego di materiali isolanti eco-sostenibili e con ottimali prestazioni di durabilità e manutenibilità, l'utilizzo di facciate ventilate ed il miglioramento del controllo della radiazione solare entrante mediante l'impiego di sistemi ombreggianti e vetri termici. Per quanto attiene invece alla componente impiantistica saranno previsti:

Un impianto solare termico per la produzione di acqua calda sanitaria;

Un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica;

Un impianto di cogenerazione per la produzione combinata di energia elettrica e calore; potrà essere valutata la possibilità di utilizzare l'energia geotermica e l'energia eolica.

Il tutto al fine di garantire un buon inserimento ambientale della struttura nel contesto di destinazione, uno sfruttamento razionale delle energie naturali (luce, soleggiamento e ventilazione) nonché la promozione delle migliori tecnologie energetiche capaci di accrescere la sostenibilità del complesso ospedaliero sotto il profilo energetico ed ambientale ed in linea con la normativa di settore per la realizzazione di "edifici ad energia quasi zero".

Per far fronte alle diverse richieste energetiche del complesso ospedaliero e nel frattempo garantire un'adeguata scorta in caso di avaria o malfunzionamento, si provvederà alla realizzazione di una "energy house" disposta su tre livelli che conterrà centrali termiche, frigorifere, idriche e antincendio, gruppi elettrogeni e di cogenerazione a gas, gruppi di continuità, cabine elettriche di trasformazione e

quadri generali di bassa tensione. Le unità trattamento aria e i quadri di termoregolazione saranno installate nei piani tecnici realizzati sulla copertura dei vari blocchi strutturali.

Nella progettazione impiantistica si partirà da una visione integrata del sistema edificio impianti e di tutti gli aspetti ad essa connessi. Oltre alla qualità, all'efficientamento energetico, alla sicurezza ed all'economicità degli impianti, verrà assunto come dato fondamentale il loro inserimento in un'ottica di sostenibilità di tutela della salute pubblica.

Tale analisi sarà incentrata sullo studio degli impatti ambientali, connessi all'intero ciclo vita degli impianti (installazione, funzionamento, manutenzione ordinaria e straordinaria, smantellamento), in modo da poter valutare, controllare e quindi ridurre le varie fonti di inquinamento prodotte e i pericoli per l'uomo e l'ambiente.

Una tipica ripartizione dei costi energetici di un moderno ospedale, per il quale non siano stati adottati particolari accorgimenti per eseguire un significativo risparmio energetico, è la seguente:

condizionamento, riscaldamento, ventilazione: 50-70%;

illuminazione, ascensori, apparecchiature elettriche: 10-20%;

sterilizzazione: 3-5%;

cucina: 5-10%.

Da questa ripartizione risulta evidente la preminenza dei consumi energetici per i trattamenti termici per il microclima degli ambienti rispetto a tutte le altre utenze e l'importanza, quindi, di studiarne a fondo tutti gli aspetti per individuare delle soluzioni mirate a conseguire dei significativi risparmi energetici.

Dalla ripartizione dei costi di cui sopra risulta evidente la necessità di ridurre al minimo compatibile il consumo energetico, sia sotto forma termica, che elettrica.

Per raggiungere tale obiettivo si farà ricorso, oltre che ad altri sistemi, a quello più importante di recupero del calore dell'aria espulsa per preriscaldare l'aria esterna da trattare. Si potranno limitare, inoltre, i ricambi di aria esterna, pur nel rispetto dei requisiti minimi igienici, prevedendo una distribuzione dell'aria a portata variabile per i locali con sistemi a tutt'aria, e un impianto ad aria primaria con travi induttive per tutte le altre destinazioni d'uso.

Sempre ai fini del risparmio energetico, la distribuzione dei fluidi termovettori (acqua e aria) alle utenze si effettuerà in regime variabile per ridurre la potenza assorbita dalle pompe e dai ventilatori.

La produzione dell'acqua refrigerata per gli impianti di condizionamento sarà affidata a chiller condensati ad aria, mentre l'acqua calda a 80 °C verrà prodotta tramite la produzione combinata di energia elettrica e calore mediante due gruppi di cogenerazione di tipo alternativo, alimentati a gas metano. La cogenerazione infatti costituisce una scelta vantaggiosa, laddove le richieste di energia termica ed elettrica risultino contemporanee, come nel caso dei complessi ospedalieri.

I cogeneratori lavoreranno inoltre in serie alla centrale termica (articolata su generatori acqua calda) che sarà destinata alla produzione di acqua calda per riscaldamento ed alla produzione di acqua calda sanitaria.

La centrale termica assicurerà in ogni caso la copertura del fabbisogno termico invernale complessivo anche in caso di fermo di entrambi i cogeneratori.

La centrale di produzione vapore sarà destinata alle sterilizzazioni e alla produzione di vapore per umidificazione.

La centrale idrica comprenderà una riserva di almeno 500 m³ atta a garantire un'erogazione in assenza di fornitura da parte dell'acquedotto comunale, un gruppo di pressurizzazione, un complesso di addolcimento per l'acqua di reintegro dei circuiti tecnologici e bollitori ad accumulo per la produzione di acqua calda sanitaria .

La centrale antincendio si articolerà su un gruppo pompe antincendio a norma UNI 12845 alimentato da una vasca di accumulo di capacità utile di almeno 400 m³; dalla centrale antincendio partiranno le alimentazioni per gli impianti idrante e sprinkler nei vari ambienti.

Per gli impianti di condizionamento potranno essere previste essenzialmente tre architetture di base:

impianti a tutt'aria (sale operatorie, reparti diagnostici, terapia intensiva, sterilizzazione, sala conferenze e mensa), ove necessitano notevoli volumi di ricambio d'aria esterna;

impianti ad aria primaria e travi a induzione di tipo attivo (degenze, ambulatori, studi medici e uffici); il ricorso alle travi induttive a 4 unità terminali ambiente permetterà vantaggi dal punto di vista del contenimento dei costi (apporto di aria esterna limitato a circa 2,5 vol/h), dell'igienicità (sono totalmente sanitizzabili), della semplicità di funzionamento e di manutenzione e del comfort termico rispetto ai sistemi a portata variabile, nonché una notevole riduzione degli ingombri impiantistici soprattutto alle canalizzazioni aria;

termoventilazione ed eventuale raffrescamento (cucina, magazzini, archivi spogliatoi).

In ciascun vano tecnico della copertura, saranno ospitate le unità di trattamento aria, gli scambiatori per la produzione di acqua refrigerata alle travi induttive ed i gruppi di spillamento per i circuiti secondari caldi. Saranno installati altresì i generatori indiretti di vapore pulito.

Negli stessi locali tecnici saranno alloggiati i quadri elettrici di potenza e regolazione a servizio degli impianti meccanici. Per tutte le apparecchiature sarà assicurata la ridondanza di funzionamento.

Per quanto riguarda l'impianto a servizio del blocco operatorio, considerato l'elevato numero delle sale operatorie previste nella piastra chirurgica, si potrà essere adottata una soluzione mista costituita da unità centralizzate per il pretrattamento dell'aria esterna e da sistemi di regolazione della portata (VAV) dedicati per ciascuna sala operatoria.

Per le sale operatorie cardiocirurgiche saranno inoltre previsti ulteriori 20 vol/h di ricambio dell'aria, attraverso l'utilizzo di un sistema di ricircolo e di booster di post-raffreddamento dell'aria.

Per le sale operatorie di chirurgia cardiovascolare, nelle quali è richiesta la possibilità di basse temperature ambiente, saranno infine previste sui booster ulteriori batterie di post-raffreddamento alimentate da un circuito dedicato di acqua refrigerata a bassa temperatura con produzione tramite un gruppo frigorifero dedicato.

14.1 - Energy House

L'energy house è stata prevista in prossimità dell'area parcheggio adibita a servizi e fornitori quasi adiacente alla strada provinciale. Si prevede di realizzare un corpo di fabbrica distribuito su due livelli ed un piano di copertura dell'ultimo livello su una superficie complessiva di circa 3.500 mq. Al livello di piano seminterrato troveranno sistemazione la centrale termica e quella frigorifera insieme alle centrali idriche ed antincendio; al piano rialzato potranno essere installati i gruppi elettrogeni a gasolio ed i gruppi di cogenerazione a gas insieme alla cabina elettrica principale di presidio; sulla copertura del secondo livello potranno essere allocati i dissipatori termici dei gruppi elettrogeni e dei cogeneratori. Le riserve idriche saranno completamente interrato all'esterno dell'energy house.

14.2 - Gas medicali e tecnici

Per quanto riguarda gli impianti di distribuzione dei gas medicali si prevede di realizzare le seguenti reti:

vuoto endocavitario;

ossigeno;

aria compressa bassa pressione (medicale);

aria compressa alta pressione (strumentale);

protossido di azoto;

anidride carbonica come gas tecnico in sala operatoria.

I gas medicali saranno prodotti in apposite centrali ubicate nella stecca tecnologica esterna in conformità alle normative vigenti.

Nei locali in cui vengono utilizzati gas anestetici, quali le sale operatorie, le preparazioni e risvegli pazienti e sale parto, sarà necessaria l'installazione di un opportuno sistema di evacuazione dei gas anestetici dispersi durante l'utilizzo.

14.3 - Sistema di supervisione

Il sistema di supervisione potrà costituire l'elemento centrale e caratterizzante dell'automazione degli impianti tecnologici. Esso diviene infatti l'unica effettiva interfaccia tra i gestori e gli impianti, e ne determina in larga parte l'efficacia operativa.

Il sistema di supervisione svolgerà fondamentalmente tre classi di funzioni: automazione e integrazione degli impianti, ovvero tutte quelle attività di coordinamento e ottimizzazione che verranno svolte autonomamente, senza interventi dei gestori del sistema; funzioni di sistema informativo, a supporto delle decisioni, dedicato alla gestione operativa dell'edificio; funzione di sicurezza mediante raccolta ed evidenziazione delle condizioni anomale degli impianti (preallarme-allarme) che pregiudicano la sicurezza dei beni e delle persone.

Le considerazioni alla base dei criteri di realizzazione del sistema sono le seguenti:

il sistema dovrà essere in grado di supportare entità “locali” ed entità geografiche senza necessità di modifiche al sistema stesso;

il sistema dovrà essere intrinsecamente “modulare” in tutti i componenti, hardware e software, appartenenti a qualsiasi livello di processo;

sarà possibile integrare in maniera efficiente i sottoinsiemi di altri costruttori (es. impianti speciali) che siano parte dell'impianto;

sarà possibile integrare in maniera globale le unità a microprocessore utilizzate per le parti denominate “servizi ausiliari” macchine HVAC autonome, macchine frigorifere a microprocessore, unità trattamento acqua ecc., sia livello processo che a livello workstation in funzione del tipo di integrazione e delle funzioni richieste.

Lo scopo principale del sistema di controllo e monitoraggio tecnologico-elettrico è quindi di permettere la gestione, il buon funzionamento e la manutenzione dei vari impianti nel modo più efficiente possibile, e la sicurezza dell'edificio. L'integrazione in un sistema di tutte le funzioni per la gestione dei singoli impianti consente l'ottimizzazione delle risorse energetiche e umane, eliminando tutte quelle operazioni manuali che impegnano una buona parte del tempo di lavoro del personale (letture, verifiche, accensioni, misure ecc.).

14.4 - Trasporti automatizzati

Nel nuovo ospedale sarà adottato un sistema di trasporto di tipo leggero, che potrà contribuire alla riduzione dei costi di manodopera e all'ottimizzazione di questo tipo di servizi richiesti 24 ore al giorno. Il sistema di trasporto pneumatico consentirà una maggiore velocità di trasporto, un'ottimale gestione delle urgenze grazie alla possibilità di gestire la priorità delle spedizioni, ridotti costi di manutenzione.

14.5 - Provvedimenti contro la legionella

Per quanto attiene la scelta dei provvedimenti necessari per contrastare lo sviluppo della legionella si farà riferimento alle linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi GU n. 103/00 e linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori delle strutture ricettive e termali GU n. 28/05. Alla

luce dei più recenti studi in materia si prevede di realizzare la rete principale di distribuzione dell'acqua potabile in acciaio inox AISI 316 che pur non impedendo la colonizzazione batterica rappresentano un buon compromesso tecnico economico rispetto ad altri materiali. Saranno utilizzate più metodiche per l'abbattimento della legionella ma fondamentalmente sarà utilizzato un criterio di progettazione che riduca il rischio di rami morti, circonvoluzioni, ecc., specificando sin da subito i punti di prelievo, frazionamenti, sistemi che riducano le correnti disperse lungo il tracciato idrico e sistemi di addolcimento a basso grado di contaminazione.

14.6 – Impianti elettrici

La progettazione del nuovo fabbricato e degli annessi funzionali si porrà tra gli obiettivi quello di realizzare la rete impiantistica in un'ottica di tecnologia avanzata, sia ai fini della qualità di servizio, che in funzione dell'ottimizzazione dei consumi energetici.

Per la distribuzione degli impianti elettrici si è pensato, in questa prima fase di fattibilità, di dividere l'intera area del nosocomio in due blocchi: servizi per l'area esterna all'edificio e servizi interni all'edificio principale.

Gli elementi principali dell' area esterna saranno:

cabina consegna ente distributore;

cabina ricevimento generale;

rete di distribuzione MT in configurazione a doppio radiale per collegamento cabina trasformazione principale e relativi sistemi ausiliari;

cabina di trasformazione principale MT/BT per gli impianti meccanici e due trasformatori MT/BT per la piastra operatoria.

sistema gruppi elettrogeni e relativi quadri distribuzione per alimentazione rete di emergenza;

sistema di continuità mediante gruppi statici con autonomia di almeno due ore e relativo quadro distribuzione per alimentazione rete di sicurezza;

linee di interconnessione ai quadri di bassa tensione;

impianti elettrici asserviti alle centrali produzione termofluidi

impianti elettrici di illuminazione ordinari, prese di energia in tutti i locali e le aree;

impianto di illuminazione di emergenza e sicurezza in tutti i locali e le aree;

impianti di illuminazione aree esterne, parcheggi, elisuperficie;

realizzazione dell'impianto di protezione di terra, di equalizzazione dei potenziali e impianti di protezione contro le scariche atmosferiche.

Gli elementi principali dell'area interna saranno:

una o due cabine di trasformazione MT/BT alimentazione edificio principale, ognuna comprendente due trasformatori MT/BT e i relativi quadri elettrici generali di bassa tensione;

sistemi UPS per gli impianti di sicurezza;

linee dorsali di interconnessione fra il quadro di bassa tensione e i quadri secondari di piano, di zona, di reparto e di impianto;

realizzazione dei quadri secondari di piano, di zona, di reparto e dei quadri elettrici asserviti agli impianti di climatizzazione;

realizzazione dei quadri elettrici per ambienti elettromedicali;

linee dorsali e secondarie di interconnessione fra i quadri secondari di piano e di reparto e i vari utilizzatori compresi quelli asserviti agli impianti di climatizzazione;

g) impianti elettrici di illuminazione ordinaria, prese di energia in tutti i locali e in tutte le aree, utilizzatori e apparecchi illuminanti;

Saranno infine previsti i seguenti impianti speciali:

impianto di rilevazione incendio con centrale di gestione in grado di visualizzare e trasmettere in rete la visualizzazione grafica dei singoli allarmi delle mappe grafiche, allarmi ascensori, intrusione, controllo accessi, tv circuito chiuso;

impianto interfonico ;

impianto TV a circuito chiuso per controllo accessi;

impianto di distribuzione segnale Tv di tipo centralizzato con ricevitore digitale terrestre e satellitare;

impianto di diffusione sonora in grado di svolgere attività di allarmistica centralizzata, diffusione musicale e segnalazione registrate varie;

sistemi di videoproiezione, di videoconferenza e traduzione simultanea nelle sale riunioni e sala convegni;

impianto di chiamata infermiere del tipo vocale;

sistemi display elimina code nelle zone di attesa;

collegamento ed integrazione dei vari sistemi elettronici e di telecontrollo di tutti gli impianti tecnologici.

14.7 Sistema delle reti td.

L'Ospedale sarà dotato di reti telematiche con caratteristiche di standardizzazione aderenti alle linee guida in materia di cablaggi ed applicazioni telematiche. In particolare deve essere previsto un cablaggio di tipo strutturale in fibra ottica come dorsale di comunicazione su cui attestare i cablaggi di

struttura. Il cablaggio strutturato deve raggiungere tutte le installazioni logistiche di stabilimento garantendo la connessione in rete di tutti i posti di lavoro dell'ospedale, dei posti letto, degli ambulatori e del settore dei servizi orizzontali (laboratori diagnostici e sistemi di diagnostica radiologica e di imaging compresi gli apparati elettromedicali). Su tale cablaggio deve potere essere attestato anche il complesso delle attività inerenti l'emergenza-urgenza compreso il settore delle terapie intensive e le sale operatorie (anche qui comprendendo in tale cablaggio la connessione di tutti gli apparati. Tramite il sistema di rete telematica di stabilimento, che deve essere strutturalmente connesso al basamento informativo e al sistema delle procedure di prenotazione e back-office aziendali (accettazione/dimissione, CUP, Pronto soccorso), deve essere prevista un'integrazione funzionale e operativa con il sistema dell'assistenza territoriale (Distretti, Medici convenzionati, altre strutture).

Tutti i sistemi di rete e le procedure connesse devono essere progettati e realizzati secondo le specifiche regionali e nazionali di interoperabilità e sicurezza. In particolare il sistema delle reti deve prevedere la tecnologia di protezione necessaria a salvaguardare gli investimenti e la privacy rispetto ai dati contenuti nelle basi di dati aziendali e ai dati trasmessi su reti intranet e internet.

15.0 - ARREDI

Tutto il nuovo centro ospedaliero seguirà il principio dell'**umanizzazione degli spazi**, per cui i pazienti saranno accolti in ambienti ospedalieri che, grazie anche alle scelte di interior design sui colori, gli arredi e i materiali potranno migliorare la qualità del ricovero, generare benessere ed eliminare la sindrome da "edificio malato".

Gli arredi dovranno essere in grado di soddisfare le esigenze più sofisticate e complesse, in particolare, il primo obiettivo sarà la sicurezza, sia quella degli operatori sanitari che dei pazienti. Tutti gli arredi previsti dovranno soddisfare le migliori caratteristiche di ergonomia, comodità ed utilizzo.

16.0 - ELISUPERFICIE

Sarà realizzata un'elisuperficie destinata all'atterraggio degli elicotteri gestiti dal servizio 118, posta ad sud-est del parcheggio dipendenti ed in diretta connessione alla viabilità dedicata all'accesso al Pronto Soccorso – DEA.

L'elisuperficie sarà a servizio di destinazione sanitaria con operatività anche notturna e di classe antincendio H1.

17.0 - TECNOLOGIA MEDICA

Il progetto architettonico ed degli impianti terrà conto delle specifiche dimensionali, elettriche, termiche ecc. delle attrezzature medicali fisse e mobili. Tuttavia anche in sede di redazione del progetto

definitivo si dovrà provvedere a cura dei progettisti a redigere una specifica Relazione Tecnica nella quale sarà dettagliato l'elenco degli arredi ed attrezzature/tecnologie sanitarie fisse e mobili e le loro caratteristiche funzionali e tecnico-impiantistiche.

18.0 - SISTEMI DI SICUREZZA ANTINCENDIO

18.1 - Prevenzione e sicurezza

La sicurezza in Ospedale è un valore che non si può trascurare, una variabile strutturale o tecnologica dalla quale non solo dipende la salute ma la stessa incolumità fisica di pazienti e dipendenti. Risulta quindi di fondamentale importanza effettuare una valutazione dei rischi, intesa come l'insieme di tutte quelle operazioni, conoscitive e operative, che devono essere attuate per addivenire ad una stima del rischio d'esposizione ai fattori di pericolo per la sicurezza e la salute del personale in relazione allo svolgimento delle lavorazioni

Il progetto per la realizzazione del nuovo presidio consentirà, a partire dalla conoscenza delle future destinazioni d'uso e delle attività lavorative che si svolgeranno all'interno di ogni ambiente, la progettazione all'avanguardia anche sotto il profilo ambientale e della sicurezza sui luoghi di lavoro poiché saranno tenuti presenti tutti i fattori di rischio legati agli ambienti, alle attività lavorative ed alle apparecchiature da utilizzare.

Il nuovo ospedale sarà progettato e costruito nella garanzia della massima sicurezza, non solo per chi lavora nei cantieri, ma per gli operatori sanitari ed anche per il paziente che sarà ospitato nella nuova struttura.

La qualità del “contenitore ospedaliero” sotto il profilo dell'uso dei materiali, della qualità degli impianti, dell'inserimento ambientale, del colore e della segnaletica, del comfort acustico, del microclima interno, dei ricambi d'aria e del condizionamento darà vita ad un modo nuovo, più efficiente e più vicino alla persona e all'ambiente, di intendere il servizio sanitario.

19.0 - Riflessi sulle risorse necessarie al funzionamento a regime

La nuova struttura deve presentare soluzioni funzionali al razionale utilizzo del personale necessario al suo funzionamento, tenendo conto:

- __ dell'organizzazione delle attività sanitarie per livello di intensità dell'assistenza
- __ della necessaria progressiva specializzazione dell'attività
- __ delle esigenze formative del personale operante nei vari settori
- __ della diversificazione dei volumi di attività nelle diverse fasce orarie e nell'arco della settimana.

Dall'integrazione delle caratteristiche strutturali e prestazionali dell'ospedale, l'azienda si attende un miglioramento dell'efficienza produttiva e della qualità effettiva e percepita della prestazione sanitaria. In particolare è da prevedere:

1. l'ottimizzazione dell'utilizzo del personale, in virtù della strutturazione delle degenze per Aree Funzionali;
2. la ridefinizione del fabbisogno di personale ausiliario, per l'impiego diffuso di sistemi automatizzati di trasporto;
3. il contenimento dei percorsi nei processi assistenziali e organizzativi;
4. l'implementazione di sistemi paperless e filmless per la trasmissione di richieste e referti di prestazioni;
5. il comfort ambientale;
6. l'elevato livello di sicurezza sia strutturale che gestionale;
7. la fruibilità della struttura da parte del personale e degli utenti.

20.0 - STIMA ECONOMICA SOMMARIA DELL'INTERVENTO. ANALISI PER CATEGORIE DI OPERE.

A livello di SdF, la stima del costo, in mancanza di veri e propri elaborati progettuali, è evidentemente da intendersi come valutazione di massima, equivalente, per certi aspetti, al calcolo sommario della spesa previsto nel progetto preliminare. Tali analisi assumono particolare rilievo soprattutto perché consentono, con l'anticipo necessario a valutare l'opportunità di realizzare effettivamente l'intervento (e di calibrarlo sulle reali necessità), un dimensionamento dell'opera anche in termini di costo.

Si può quindi procedere attraverso costi parametrici, che possono ad esempio essere desunti da prezziari derivanti da specialistici, oppure, come meglio illustrato in seguito, per similitudine con altri interventi recenti.

Per il calcolo dei costi di costruzione del Nuovo Ospedale non possono che adottarsi costi parametrici riferiti al metro quadro e/o a posto letto, ricavati dall'analisi di interventi simili realizzati negli ultimi anni.

Il fabbisogno insediativo standard in metri quadri disponibili per ogni posto letto è determinato in misura pari a circa 130 mq, riferito al nuovo ospedale per acuti (250-400 pl), dotato delle funzioni ospedaliere di ambito previste per l'ospedale portante, comprensivo di quelle destinate all'esercizio della libera professione e di tutti gli spazi accessori di natura alberghiera e di supporto. Si deve evidenziare come questo valore standard debba essere interpretato alla luce della evoluzione degli ospedali negli ultimi decenni. La continua contrazione del numero dei posti letto ordinari a seguito del miglioramento delle tecniche assistenziali può comportare il rischio di un sottodimensionamento della necessità di superficie del nuovo ospedale, se non si applicano dei correttivi. Infatti la minor superficie necessaria per i posti letto viene di fatto ampiamente compensata dalla contemporanea crescita degli spazi per i servizi sanitari, quali

ambulatori, ambulatori chirurgici, diagnostica, sale chirurgiche, ecc.. Si ritiene dunque di doversi valutare in sede di progettazione preliminare la possibilità di attestarsi su un valore standard leggermente superiore a quello medio (120 mq/pl) di solito adottato in passato per altre esperienze analoghe, come adottato nello SdF della Cabina di Regia per gli investimenti in sanità della Regione. D'altra parte non può non elevarsi detto parametro in quanto già per il previsto Ospedale di Taranto di 715 pl (più del doppio dell'Ospedale Monopoli-Fasano) è stato previsto un parametro di 126 mq/pl,, quindi con un costo a p.l. di 290.000€, mentre la costruzione del nuovo Ospedale della Murgia "Perinei" è costata circa 95.000.000, per 300 pl, con un parametro di 317.000 €/pl.

Pertanto per allinearsi con i parametri di altri interventi simili recenti delle stesse caratteristiche e del nuovo Ospedale di Taranto, nella stima economica sommaria (nello SdF della Regione) si propone di diminuire la somma prevista per arredi ed attrezzature (rimandando ad altro finanziamento le tecnologie medicali e le grandi macchine) per portare il costo di costruzione ad una somma più aderente alla realtà dell'edilizia ospedaliera.

I costi delle sistemazioni esterne e delle opere di urbanizzazione potrebbero subire delle variazioni, in seguito alla definizione della viabilità esterna e dei servizi all'area d'intervento da parte degli organi competenti.

Per le considerazioni riportate, i principali indicatori di costo rispetto alle caratteristiche tecniche e strutturali dell'opera sono:

Superficie totale dell'area mq	150.000
N° posti letto	300
Mq per Posto letto	130
Superficie totale lorda coperta mq	40.000
Costo complessivo €	80.000.000
Costo per mq €	2.000
Costo per mq escluso arredi ed attrezzature	1.625
Costo per posto letto €	265.000

In termini di costi benefici è necessario che si tenga conto non solo dei costi di costruzione, ma anche dei costi di gestione e manutenzione, in confronto con i costi che attualmente si sopportano per i due ospedali di Monopoli e Fasano.

L'investimento prevede una spesa complessiva di € 80 milioni, distinti secondo il seguente dettaglio per singole voci riportate dallo “Studio di Fattibilità e Analisi costi-benefici” a cura della Cabina di Regia per gli investimenti in sanità della Regione Puglia, modificate negli importi per le considerazioni di cui sopra:

Acquisizione area	1.200.000
Opere di urbanizzazione	1.400.000

Sistemazione Viabilità	1.400.000
Costo di costruzione	65.000.000
Arredi ed attrezzature	6.000.000
Spese generali	5.000.000
TOTALE	80.000.000

Anche se il calcolo sommario della spesa rientra tra gli elaborati progettuali che devono far parte del progetto preliminare, come previsto dall'art. 17 del d.P.R. 207/2010 Regolamento di esecuzione ed attuazione del D. Lgs. 163/06, si è reso utile effettuare una analisi della spesa, come nel seguito.

In particolare il riferimento normativo stabilisce che, in assenza di costi standardizzati, il calcolo sommario dell'intervento debba essere redatto applicando parametri desunti da interventi similari realizzati, ovvero, redigendo un computo metrico estimativo di massima.

Con D.G.R. n. 1340 del 27.06.2014 la Regione Puglia ha disposto che il RUP, Ing. Nicola Sansolini, preliminarmente all'indizione della procedura aperta per l'affidamento della progettazione esecutiva e dei lavori, ai sensi dell'art. 53 comma 2 lett. b) del D. Lgs. 163/2006, predisponesse una procedura ad evidenza pubblica per l'affidamento all'esterno di un unico incarico di progettazione clinico-gestionale, preliminare e definitiva.

Pertanto si rende necessario determinare il corrispettivo da porre a base di gara per l'espletamento di detti servizi di ingegneria ed architettura. Tale corrispettivo deve essere determinato, ai sensi del vigente D.M. 143/2013, facendo riferimento alle varie tipologie di lavorazioni (edili, strutturali ed impiantistiche) ed, in particolar modo, agli importi di ciascuna di dette categorie. Si decide, quindi, di prendere a riferimento tre interventi similari di edilizia sanitaria che si ritiene possano fornire riferimenti economici attuali poiché in fase di realizzazione. Gli interventi scelti sono relativi:

- Nuovo Ospedale di Novara;
- Nuovo Ospedale di Pordenone;
- Nuovo Ospedale di Aosta.

Nelle tabelle seguenti si riporta la suddivisione percentuale delle varie categorie di lavorazioni.

NUOVO OSPEDALE DI NOVARA		
CATEGORIE DI LAVORAZIONI (ex D.M. 143/2013)	IMPORTO	PERCENTUALE
E.10 - Edilizia	€ 78.700.000,00	37%
S.03 - Strutture	€ 41.000.000,00	20%
IA.01 - Impianti idrico-sanitari	€ 6.958.000,00	3%
IA.04 - Impianti elettrici	€ 34.000.000,00	16%
IA.02 - Impianti meccanici	€ 49.342.000,00	23%
TOTALE	€ 210.000.000,00	

Tabella 1 – Suddivisione in categorie (ex D.M. 143/2013) lavorazioni nuovo ospedale di Novara

NUOVO OSPEDALE DI PORDENONE		
CATEGORIE DI LAVORAZIONI (ex D.M. 143/2013)	IMPORTO	PERCENTUALE
E.10 - Edilizia	€ 32.450.000,00	31%
S.03 - Strutture	€ 27.400.000,00	26%
IA.01 - Impianti idrico-sanitari	€ 10.875.000,00	10%
IA.04 - Impianti elettrici	€ 17.400.000,00	17%
IA.02 - Impianti meccanici	€ 16.875.000,00	16%
TOTALE	€ 105.000.000,00	

Tabella 2 – Suddivisione in categorie (ex D.M. 143/2013) lavorazioni nuovo ospedale di Pordenone

NUOVO OSPEDALE DI AOSTA		
CATEGORIE DI LAVORAZIONI (ex D.M. 143/2013)	IMPORTO	PERCENTUALE
E.10 - Edilizia	€ 40.947.000,00	40%
S.03 - Strutture	€ 20.854.000,00	20%
IA.01 - Impianti idrico-sanitari	€ 7.409.000,00	7%
IA.04 - Impianti elettrici	€ 18.669.000,00	18%
IA.02 - Impianti meccanici	€ 15.407.000,00	15%
TOTALE	€ 103.286.000,00	

Tabella 3 – Suddivisione in categorie (ex D.M. 143/2013) lavorazioni nuovo ospedale di Aosta

I valori delle percentuali relative alle diverse categorie di lavorazioni e riferite alle tre citate strutture ospedaliere in fase di realizzazione sono stati in seguito mediati e sono riportati all'interno della tabella 4.

MEDIA VALORI				
CATEGORIE DI LAVORAZIONI (ex D.M. 143/2013)	% NOVARA	% PORDENONE	% AOSTA	VALORE MEDIO
E.10 - Edilizia	37%	31%	40%	36%
S.03 - Strutture	20%	26%	20%	22%
IA.01 - Impianti idrico-sanitari	3%	10%	7%	7%
IA.04 - Impianti elettrici	16%	17%	18%	17%
IA.02 - Impianti meccanici	23%	16%	15%	18%

Tabella 4 – Valori medi percentuali di lavorazioni ospedali di Novara, Pordenone ed Aosta

Al fine di poter ulteriormente ottenere un dato ancora più aderente alle effettive percentuali suddivisione in categorie si è scelto di confrontare il dato mediato con il dato ottenuto da una struttura sanitaria avente caratteristiche simili e recentemente ultimata all'interno del territorio regionale..

Il RUP dell'intervento, ha, pertanto, richiesto all'ASL BA, con nota prot. 1342/G.T./P. del 05.09.2014, la suddivisione in categorie di lavorazioni, ex D.M. 143/2013, dell'importo di realizzazione del nuovo Ospedale della Murgia “Fabio Perinei”.

Si riporta di seguito nella tabella 5 la suddivisione così come indicata con nota prot. n. 4646/G.T. del 10.09.2014.

NUOVO OSPEDALE DELLA MURGIA “FABIO PERINEI”		
CATEGORIE DI LAVORAZIONI	IMPORTO	PERCENTUALE

(ex D.M. 143/2013)		
E.10 - Edilizia	€20.639.126,00	23%
S.03 - Strutture	€15.806.846,00	17%
IA.01 - Impianti idrico-sanitari	€ 11.371.113,00	13%
IA.04 - Impianti elettrici	€ 18.631.572,00	21%
IA.02 - Impianti meccanici	€ 24.315.853,00	27%
TOTALE	€ 90.764.510,00	

Tabella 5 – Suddivisione in categorie (ex D.M. 143/2013) lavorazioni nuovo ospedale della Murgia “Fabio Perinei”

Da un’analisi delle percentuali riportate in Tabella 5 si evince come la suddivisione in categorie di lavorazioni sia, seppur coerente, leggermente differente rispetto ai valori percentuali riportati in tabella 4 e riferiti ad una suddivisione in categorie di lavorazioni per ospedali non ancora realizzati: si nota, infatti, come in opere realizzate la percentuale delle lavorazioni impiantistiche pesi maggiormente rispetto a quanto si osserva per contro nei valori medi delle opere non ancora ultimate.

Per tale ragione, i valori percentuali relativi alla suddivisione in lavorazioni del realizzato ospedale della Murgia “Fabio Perinei”, riportati in Tabella 5, sono stati mediati con i valori medi riportati in tabella 4.

CATEGORIE DI LAVORAZIONI (ex D.M. 143/2013)	% TAB.4 (progettato)	% TAB 5 (realizzato)	VALORE MEDIO
E.10 - Edilizia	36%	23%	29%
S.03 - Strutture	22%	17%	20%
IA.01 - Impianti idrico-sanitari	7%	13%	10%
IA.04 - Impianti elettrici	17%	21%	19%
IA.02 - Impianti meccanici	18%	27%	22%

Tabella 6 – Valori medi percentuali di lavorazioni ospedali di Novara, Pordenone, Aosta e della Murgia.

Le percentuali medie così ottenute e riportate nell’ultima colonna della tabella 6 sono state utilizzate per suddividere l’importo complessivo di realizzazione del nuovo ospedale di Monopoli - Fasano nelle categorie ex DM 143/2013.

NUOVO OSPEDALE DI MONOPOLI - FASANO		
CATEGORIE DI LAVORAZIONI (ex D.M. 143/2013)	IMPORTO	PERCENTUALE
E.10 - Edilizia	€18.850.000	29%
S.03 - Strutture	€13.000.000	20%
IA.01 - Impianti idrico-sanitari	€6.500.000	10%
IA.04 - Impianti elettrici	€12.350.000	19%
IA.02 - Impianti meccanici	€14.300.000	22%
TOTALE	€65.000.000	100%

Tabella 7 – Suddivisione in categorie (ex D.M. 143/2013) lavorazioni nuovo ospedale di Monopoli - Fasano

Tale suddivisione in categorie rappresenta, conseguentemente, il punto di partenza per la determinazione dei compensi da porre a base d'asta per la procedura di affidamento della progettazione clinico-gestionale e definitiva.

21.0 CALCOLO PARCELLA PROFESSIONALE PER LA PROGETTAZIONE PRELIMINARE E DEFINITIVA E RELAZIONE CLINICO-GESTIONALE

QUADRO RIEPILOGATIVO

Edilizia E.10	€. 1'097'572.76
Strutture S.03	€. 603'037.64
Impianti IA.01	€. 260'653.48
Impianti IA.02	€. 566'059.85
Impianti IA.04	€. 765'465.18
TOTALE	€. 3'292'788.91
SPESE (10%)	€. 329'278.89
TOT. SPESE INCLUSE	€. 3'622'067.80

COMPENSO PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI

Descrizione	Importo euro
1) Edilizia	
Sanita', istruzione, ricerca	
Valore dell'opera [V]: 18'850'000.00 €	
Categoria dell'opera: EDILIZIA	
Destinazione funzionale: Sanita', istruzione, ricerca	
Parametro sul valore dell'opera [P]: 4.2299%	
Grado di complessità [G]: 1.2	
Descrizione grado di complessità: [E.10] Poliambulatori, Ospedali, Istituti di ricerca, Centri riabilitazione, Poli scolastici, Università, Accademie, Istituti di ricerca universitaria.	
Specifiche incidenze [Q]:	
Relazioni, planimetrie, elaborati grafici (art. 17, comma 1, lettere a), b), e), d.P.R. 207/2010 - art. 242, comma 2, lettere a), b), c), d), d.P.R. 207/2010) [QbI.01=0.09]	86'112.30 €
Calcolo sommario spesa, quadro economico di progetto (art. 17, comma 1, lettere g), h), d.P.R. 207/2010) [QbI.02=0.01]	9'568.03 €
Relazione clinico - gestionale (art. 19, comma 1, d.P.R. 207/2010) [QbI.09=0.015]	14'352.05 €
Progettazione integrata e coordinata - Integrazione delle prestazioni specialistiche (art. 90, comma 7, d.Lgs. 163/2006) [QbI.12=0.02]	19'136.07 €
Prime indicazioni e prescrizioni per la stesura dei Piani di Sicurezza (art. 17, comma 1, lettera f), d.P.R. 207/2010) [QbI.16=0.01]	9'568.03 €
Relazioni generali e tecniche, elaborati grafici, calcolo delle strutture e degli impianti, eventuali relazioni sulla risoluzione delle interferenze e relazione sulla gestione materie (art. 24, comma 2, lettere a), b), d), f), d.P.R. 207/2010 - art. 26, comma 1, lettera i), d.P.R. 207/2010) [QbII.01=0.23]	220'064.78 €
Rilievo dei manufatti (art. 243, comma 1, lettere c), d.P.R. 207/2010 - art. 28, d.P.R. 207/2010) [QbII.02=0.04]	38'272.14 €
Piano particolareggiato d'esproprio (art. 24, comma 2, lettera i), d.P.R. 207/2010) [QbII.04=0.04]	38'272.14 €
Elenco prezzi, computo metrico estimativo, quadro economico (art. 24, comma 2, lettere l), m), o), d.P.R. 207/2010) [QbII.05=0.07]	66'976.24 €
Studio di inserimento urbanistico (art. 24, comma 2, lettera c), d.P.R. 207/2010) [QbII.06=0.03]	28'704.10 €
Rilievi planoaltimetrici (art. 24, comma 2, lettera c), d.P.R. 207/2010) [QbII.07=0.02]	19'136.07 €

Schema di contratto, capitolato speciale d'appalto (art. 17, comma 3, lettere b), c), d.P.R. 207/2010 - art. 164, d.Lgs. 163/2006 - art. 8, Allegato XXI) [QbII.08=0.07]	66'976.24 €
Relazione geotecnica (art. 26, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.09=0.06]	57'408.20 €
Relazione idrologica (art. 26, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.10=0.03]	28'704.10 €
Relazione idraulica (art. 26, comma 1, d.P.R. 207/2010) [QbII.11=0.03]	28'704.10 €
Relazione sismica (art. 19, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.12=0.03]	28'704.10 €
Relazione geologica (art. 26, comma 1, d.P.R. 207/2010):	
- Fino a 250'000.00 €: QbII.13=0.064%	812.14 €
- Sull'eccedenza fino a 500'000.00 €: QbII.13=0.019%	241.10 €
- Sull'eccedenza fino a 1'000'000.00 €: QbII.13=0.021%	532.97 €
- Sull'eccedenza fino a 2'500'000.00 €: QbII.13=0.029%	2'208.01 €
- Sull'eccedenza fino a 10'000'000.00 €: QbII.13=0.038%	14'466.26 €
- Sull'eccedenza fino a 18'850'000.00 €: QbII.13=0.028%	12'578.03 €
Progettazione integrale e coordinata - Integrazione delle prestazioni specialistiche (art. 30, comma 7, d.Lgs. 163/2006) [QbII.17=0.05]	47'840.17 €
Elaborati di progettazione antincendio (d.m. 16/02/1982) [QbII.18=0.06]	57'408.20 €
Relazione energetica (ex Legge 10/91 e s.m.i.) [QbII.21=0.03]	28'704.10 €
Studio di impatto ambientale o di fattibilità ambientale (VIA-VAS-AIA) - (art. 24, comma 2, lettera e), d.P.R. 207/2010):	
- Fino a 5'000'000.00 €: QbII.24=0.09%	22'841.46 €
- Sull'eccedenza fino a 18'850'000.00 €: QbII.24=0.015%	10'545.14 €
- Sull'eccedenza fino a 18'850'000.00 €: QbII.24=0.045%	43'056.15 €
Piano di sicurezza e coordinamento (art. 33, comma 1, lettera f), d.P.R. 207/2010) [QbIII.07=0.1]	95'680.34 €
Totale	1'097'572.76 €

2) Impianti

Impianti meccanici a fluido a servizio delle costruzioni

Valore dell'opera [V]: 6'500'000.00 €

Categoria dell'opera: IMPIANTI

Destinazione funzionale: Impianti meccanici a fluido a servizio delle costruzioni

Parametro sul valore dell'opera [P]: 4.8829%

Grado di complessità [G]: 0.75

Descrizione grado di complessità: [IA.01] Impianti per l'approvvigionamento, la preparazione e la distribuzione di acqua nell'interno di edifici o per scopi industriali - Impianti sanitari, Impianti di fognatura domestica od industriale ed opere relative al trattamento delle acque di rifiuto - Reti di distribuzione di combustibili liquidi o gassosi - Impianti per la distribuzione dell'aria compressa, del vuoto e di gas medicali - Impianti e reti antincendio.

Specifiche incidenze [Q]:

Relazioni, planimetrie, elaborati grafici (art. 17, comma 1, lettere a), b), e), d.P.R. 207/2010 - art. 242, comma 2, lettere a), b), c), d), d.P.R. 207/2010) [QbI.01=0.09]	21'423.72 €
Calcolo sommario spesa, quadro economico di progetto (art. 17, comma 1, lettere g), h), d.P.R. 207/2010) [QbI.02=0.01]	2'380.41 €
Relazione clinico - gestionale (art. 19, comma 1, d.P.R. 207/2010) [QbI.09=0.015]	3'570.62 €
Progettazione integrata e coordinata - Integrazione delle prestazioni specialistiche (art. 90, comma 7, d.Lgs. 163/2006) [QbI.12=0.02]	4'760.83 €
Prime indicazioni e prescrizioni per la stesura dei Piani di Sicurezza (art. 17, comma 1, lettera f), d.P.R. 207/2010) [QbI.16=0.01]	2'380.41 €
Relazioni generali e tecniche, elaborati grafici, calcolo delle strutture e degli impianti, eventuali relazioni sulla risoluzione delle interferenze e relazione sulla gestione materie (art. 24, comma 2,	38'086.62 €

lettere a), b), d), f), d.P.R. 207/2010 - art. 26, comma 1, lettera i), d.P.R. 207/2010) [QbII.01=0.16]	
Rilievo dei manufatti (art. 243, comma 1, lettere c), d.P.R. 207/2010 - art. 28, d.P.R. 207/2010) [QbII.02=0.04]	9'521.65 €
Piano particolareggiato d'esproprio (art. 24, comma 2, lettera i), d.P.R. 207/2010) [QbII.04=0.04]	9'521.65 €
Elenco prezzi, computo metrico estimativo, quadro economico (art. 24, comma 2, lettere l), m), o), d.P.R. 207/2010) [QbII.05=0.07]	16'662.90 €
Studio di inserimento urbanistico (art. 24, comma 2, lettera c), d.P.R. 207/2010) [QbII.06=0.01]	2'380.41 €
Rilievi planoaltimetrici (art. 24, comma 2, lettera c), d.P.R. 207/2010) [QbII.07=0.02]	4'760.83 €
Schema di contratto, capitolato speciale d'appalto (art. 17, comma 3, lettere b), c), d.P.R. 207/2010 - art. 164, d.Lgs. 163/2006 - art. 8, Allegato XXI) [QbII.08=0.07]	16'662.90 €
Relazione geotecnica (art. 26, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.09=0.06]	14'282.48 €
Relazione idrologica (art. 26, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.10=0.03]	7'141.24 €
Relazione idraulica (art. 26, comma 1, d.P.R. 207/2010) [QbII.11=0.03]	7'141.24 €
Relazione sismica (art. 19, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.12=0.03]	7'141.24 €
Relazione geologica (art. 26, comma 1, d.P.R. 207/2010):	
- Fino a 250'000.00 €: QbII.13=0.064%	585.95 €
- Sull'eccedenza fino a 500'000.00 €: QbII.13=0.019%	173.95 €
- Sull'eccedenza fino a 1'000'000.00 €: QbII.13=0.021%	384.53 €
- Sull'eccedenza fino a 2'500'000.00 €: QbII.13=0.029%	1'593.05 €
- Sull'eccedenza fino a 6'500'000.00 €: QbII.13=0.0338%	4'951.26 €
Progettazione integrale e coordinata - Integrazione delle prestazioni specialistiche (art. 30, comma 7, d.Lgs. 163/2006) [QbII.17=0.05]	11'902.07 €
Elaborati di progettazione antincendio (d.m. 16/02/1982) [QbII.18=0.06]	14'282.48 €
Relazione energetica (ex Legge 10/91 e s.m.i.) [QbII.21=0.03]	7'141.24 €
Studio di impatto ambientale o di fattibilità ambientale (VIA-VAS-AIA) - (art. 24, comma 2, lettera e), d.P.R. 207/2010):	
- Fino a 5'000'000.00 €: QbII.24=0.09%	16'479.79 €
- Sull'eccedenza fino a 6'500'000.00 €: QbII.24=0.015%	823.99 €
- Sull'eccedenza fino a 6'500'000.00 €: QbII.24=0.045%	10'711.86 €
Piano di sicurezza e coordinamento (art. 33, comma 1, lettera f), d.P.R. 207/2010) [QbIII.07=0.1]	23'804.16 €
Totale	260'653.48 €

3) Impianti

Impianti meccanici a fluido a servizio delle costruzioni

Valore dell'opera [V]: 14'300'000.00 €

Categoria dell'opera: IMPIANTI

Destinazione funzionale: Impianti meccanici a fluido a servizio delle costruzioni

Parametro sul valore dell'opera [P]: 4.3736%

Grado di complessità [G]: 0.85

Descrizione grado di complessità: [IA.02] Impianti di riscaldamento - Impianto di raffrescamento, climatizzazione, trattamento dell'aria - Impianti meccanici di distribuzione fluidi - Impianto solare termico.

Specifiche incidenze [Q]:

Relazioni, planimetrie, elaborati grafici (art. 17, comma 1, lettere a), b), e), d.P.R. 207/2010 - art. 242, comma 2, lettere a), b), c), d), d.P.R. 207/2010) [QbI.01=0.09]	47'845.00 €
--	-------------

Calcolo sommario spesa, quadro economico di progetto (art. 17, comma 1, lettere g), h), d.P.R. 207/2010) [QbI.02=0.01]	5'316.11 €
--	------------

Relazione clinico - gestionale (art. 19, comma 1, d.P.R. 207/2010) [QbI.09=0.015]	7'974.17 €
Progettazione integrata e coordinata - Integrazione delle prestazioni specialistiche (art. 90, comma 7, d.Lgs. 163/2006) [QbI.12=0.02]	10'632.22 €
Prime indicazioni e prescrizioni per la stesura dei Piani di Sicurezza (art. 17, comma 1, lettera f), d.P.R. 207/2010) [QbI.16=0.01]	5'316.11 €
Relazioni generali e tecniche, elaborati grafici, calcolo delle strutture e degli impianti, eventuali relazioni sulla risoluzione delle interferenze e relazione sulla gestione materie (art. 24, comma 2, lettere a), b), d), f), d.P.R. 207/2010 - art. 26, comma 1, lettera i), d.P.R. 207/2010) [QbII.01=0.16]	85'057.77 €
Rilievo dei manufatti (art. 243, comma 1, lettere c), d.P.R. 207/2010 - art. 28, d.P.R. 207/2010) [QbII.02=0.04]	21'264.44 €
Piano particolareggiato d'esproprio (art. 24, comma 2, lettera i), d.P.R. 207/2010) [QbII.04=0.04]	21'264.44 €
Elenco prezzi, computo metrico estimativo, quadro economico (art. 24, comma 2, lettere l), m), o), d.P.R. 207/2010) [QbII.05=0.07]	37'212.78 €
Studio di inserimento urbanistico (art. 24, comma 2, lettera c), d.P.R. 207/2010) [QbII.06=0.01]	5'316.11 €
Rilievi planoaltimetrici (art. 24, comma 2, lettera c), d.P.R. 207/2010) [QbII.07=0.02]	10'632.22 €
Schema di contratto, capitolato speciale d'appalto (art. 17, comma 3, lettere b), c), d.P.R. 207/2010 - art. 164, d.Lgs. 163/2006 - art. 8, Allegato XXI) [QbII.08=0.07]	37'212.78 €
Relazione geotecnica (art. 26, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.09=0.06]	31'896.66 €
Relazione idrologica (art. 26, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.10=0.03]	15'948.33 €
Relazione idraulica (art. 26, comma 1, d.P.R. 207/2010) [QbII.11=0.03]	15'948.33 €
Relazione sismica (art. 19, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.12=0.03]	15'948.33 €
Relazione geologica (art. 26, comma 1, d.P.R. 207/2010):	
- Fino a 250'000.00 €: QbII.13=0.064%	594.81 €
- Sull'eccedenza fino a 500'000.00 €: QbII.13=0.019%	176.58 €
- Sull'eccedenza fino a 1'000'000.00 €: QbII.13=0.021%	390.34 €
- Sull'eccedenza fino a 2'500'000.00 €: QbII.13=0.029%	1'617.14 €
- Sull'eccedenza fino a 10'000'000.00 €: QbII.13=0.038%	10'595.05 €
- Sull'eccedenza fino a 14'300'000.00 €: QbII.13=0.028%	4'475.94 €
Progettazione integrale e coordinata - Integrazione delle prestazioni specialistiche (art. 30, comma 7, d.Lgs. 163/2006) [QbII.17=0.05]	26'580.55 €
Elaborati di progettazione antincendio (d.m. 16/02/1982) [QbII.18=0.06]	31'896.66 €
Relazione energetica (ex Legge 10/91 e s.m.i.) [QbII.21=0.03]	15'948.33 €
Studio di impatto ambientale o di fattibilità ambientale (VIA-VAS-AIA) - (art. 24, comma 2, lettera e), d.P.R. 207/2010):	
- Fino a 5'000'000.00 €: QbII.24=0.09%	16'729.02 €
- Sull'eccedenza fino a 14'300'000.00 €: QbII.24=0.015%	5'186.00 €
- Sull'eccedenza fino a 14'300'000.00 €: QbII.24=0.045%	23'922.50 €
Piano di sicurezza e coordinamento (art. 33, comma 1, lettera f), d.P.R. 207/2010) [QbIII.07=0.1]	53'161.13 €
Totale	566'059.85 €

4) Strutture

Strutture, opere infrastrutturali puntuali, verifiche soggette ad azioni sismiche

Valore dell'opera [V]: 13'000'000.00 €

Categoria dell'opera: STRUTTURE

Destinazione funzionale: Strutture, opere infrastrutturali puntuali, verifiche soggette ad azioni sismiche

Parametro sul valore dell'opera [P]: 4.4270%	
Grado di complessità [G]: 0.95	
Descrizione grado di complessità: [S.03] Strutture o parti di strutture in cemento armato di media complessità o ricadenti in zona sismica - Verifiche strutturali relative - Ponteggi, centinature e strutture provvisorie complesse.	
Specifiche incidenze [Q]:	
Relazioni, planimetrie, elaborati grafici (art. 17, comma 1, lettere a), b), e), d.P.R. 207/2010 - art. 242, comma 2, lettere a), b), c), d), d.P.R. 207/2010) [QbI.01=0.09]	49'206.10 €
Calcolo sommario spesa, quadro economico di progetto (art. 17, comma 1, lettere g), h), d.P.R. 207/2010) [QbI.02=0.01]	5'467.35 €
Relazione clinico - gestionale (art. 19, comma 1, d.P.R. 207/2010) [QbI.09=0.015]	8'201.02 €
Progettazione integrata e coordinata - Integrazione delle prestazioni specialistiche (art. 90, comma 7, d.Lgs. 163/2006) [QbI.12=0.02]	10'934.69 €
Prime indicazioni e prescrizioni per la stesura dei Piani di Sicurezza (art. 17, comma 1, lettera f), d.P.R. 207/2010) [QbI.16=0.01]	5'467.35 €
Relazioni generali e tecniche, elaborati grafici, calcolo delle strutture e degli impianti, eventuali relazioni sulla risoluzione delle interferenze e relazione sulla gestione materie (art. 24, comma 2, lettere a), b), d), f), d.P.R. 207/2010 - art. 26, comma 1, lettera i), d.P.R. 207/2010) [QbII.01=0.18]	98'412.21 €
Rilievo dei manufatti (art. 243, comma 1, lettere c), d.P.R. 207/2010 - art. 28, d.P.R. 207/2010) [QbII.02=0.04]	21'869.38 €
Piano particolareggiato d'esproprio (art. 24, comma 2, lettera i), d.P.R. 207/2010) [QbII.04=0.04]	21'869.38 €
Elenco prezzi, computo metrico estimativo, quadro economico (art. 24, comma 2, lettere l), m), o), d.P.R. 207/2010) [QbII.05=0.04]	21'869.38 €
Studio di inserimento urbanistico (art. 24, comma 2, lettera c), d.P.R. 207/2010) [QbII.06=0.03]	16'402.03 €
Rilievi planoaltimetrici (art. 24, comma 2, lettera c), d.P.R. 207/2010) [QbII.07=0.02]	10'934.69 €
Schema di contratto, capitolato speciale d'appalto (art. 17, comma 3, lettere b), c), d.P.R. 207/2010 - art. 164, d.Lgs. 163/2006 - art. 8, Allegato XXI) [QbII.08=0.07]	38'271.42 €
Relazione geotecnica (art. 26, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.09=0.06]	32'804.07 €
Relazione idrologica (art. 26, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.10=0.03]	16'402.03 €
Relazione idraulica (art. 26, comma 1, d.P.R. 207/2010) [QbII.11=0.03]	16'402.03 €
Relazione sismica (art. 19, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.12=0.03]	16'402.03 €
Relazione geologica (art. 26, comma 1, d.P.R. 207/2010):	
- Fino a 250'000.00 €: QbII.13=0.064%	672.90 €
- Sull'eccedenza fino a 500'000.00 €: QbII.13=0.019%	199.77 €
- Sull'eccedenza fino a 1'000'000.00 €: QbII.13=0.021%	441.59 €
- Sull'eccedenza fino a 2'500'000.00 €: QbII.13=0.029%	1'829.46 €
- Sull'eccedenza fino a 10'000'000.00 €: QbII.13=0.038%	11'986.10 €
- Sull'eccedenza fino a 13'000'000.00 €: QbII.13=0.028%	3'532.75 €
Progettazione integrale e coordinata - Integrazione delle prestazioni specialistiche (art. 30, comma 7, d.Lgs. 163/2006) [QbII.17=0.05]	27'336.72 €
Elaborati di progettazione antincendio (d.m. 16/02/1982) [QbII.18=0.06]	32'804.07 €
Relazione energetica (ex Legge 10/91 e s.m.i.) [QbII.21=0.03]	16'402.03 €
Studio di impatto ambientale o di fattibilità ambientale (VIA-VAS-AIA) - (art. 24, comma 2, lettera e), d.P.R. 207/2010):	
- Fino a 5'000'000.00 €: QbII.24=0.1%	21'028.25 €
- Sull'eccedenza fino a 13'000'000.00 €: QbII.24=0.025%	8'411.30 €
- Sull'eccedenza fino a 13'000'000.00 €: QbII.24=0.06%	32'804.07 €

Piano di sicurezza e coordinamento (art. 33, comma 1, lettera f), d.P.R. 207/2010) [QbIII.07=0.1]	54'673.47 €
Totale	603'037.64 €
5) Impianti	
Impianti elettrici e speciali a servizio delle costruzioni - singole apparecchiature per laboratori e impianti pilota	
Valore dell'opera [V]: 12'350'000.00 €	
Categoria dell'opera: IMPIANTI	
Destinazione funzionale: Impianti elettrici e speciali a servizio delle costruzioni - singole apparecchiature per laboratori e impianti pilota	
Parametro sul valore dell'opera [P]: 4.4566%	
Grado di complessità [G]: 1.3	
Descrizione grado di complessità: [IA.04] Impianti elettrici in genere, impianti di illuminazione, telefonici, di sicurezza, di rivelazione incendi, fotovoltaici, a corredo di edifici e costruzioni compessi - Cablaggi strutturati - Impianti in fibra ottica - Singole apparecchiature per laboratori e impianti pilota di tipo complesso.	
Specifiche incidenze [Q]:	
Relazioni, planimetrie, elaborati grafici (art. 17, comma 1, lettere a), b), e), d.P.R. 207/2010 - art. 242, comma 2, lettere a), b), c), d), d.P.R. 207/2010) [QbI.01=0.09]	64'395.64 €
Calcolo sommario spesa, quadro economico di progetto (art. 17, comma 1, lettere g), h), d.P.R. 207/2010) [QbI.02=0.01]	7'155.07 €
Relazione clinico - gestionale (art. 19, comma 1, d.P.R. 207/2010) [QbI.09=0.015]	10'732.61 €
Progettazione integrata e coordinata - Integrazione delle prestazioni specialistiche (art. 90, comma 7, d.Lgs. 163/2006) [QbI.12=0.02]	14'310.14 €
Prime indicazioni e prescrizioni per la stesura dei Piani di Sicurezza (art. 17, comma 1, lettera f), d.P.R. 207/2010) [QbI.16=0.01]	7'155.07 €
Relazioni generali e tecniche, elaborati grafici, calcolo delle strutture e degli impianti, eventuali relazioni sulla risoluzione delle interferenze e relazione sulla gestione materie (art. 24, comma 2, lettere a), b), d), f), d.P.R. 207/2010 - art. 26, comma 1, lettera i), d.P.R. 207/2010) [QbII.01=0.16]	114'481.14 €
Rilievo dei manufatti (art. 243, comma 1, lettere c), d.P.R. 207/2010 - art. 28, d.P.R. 207/2010) [QbII.02=0.04]	28'620.29 €
Piano particolareggiato d'esproprio (art. 24, comma 2, lettera i), d.P.R. 207/2010) [QbII.04=0.04]	28'620.29 €
Elenco prezzi, computo metrico estimativo, quadro economico (art. 24, comma 2, lettere l), m), o), d.P.R. 207/2010) [QbII.05=0.07]	50'085.50 €
Studio di inserimento urbanistico (art. 24, comma 2, lettera c), d.P.R. 207/2010) [QbII.06=0.01]	7'155.07 €
Rilievi planoaltimetrici (art. 24, comma 2, lettera c), d.P.R. 207/2010) [QbII.07=0.02]	14'310.14 €
Schema di contratto, capitolato speciale d'appalto (art. 17, comma 3, lettere b), c), d.P.R. 207/2010 - art. 164, d.Lgs. 163/2006 - art. 8, Allegato XXI) [QbII.08=0.07]	50'085.50 €
Relazione geotecnica (art. 26, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.09=0.06]	42'930.43 €
Relazione idrologica (art. 26, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.10=0.03]	21'465.21 €
Relazione idraulica (art. 26, comma 1, d.P.R. 207/2010) [QbII.11=0.03]	21'465.21 €
Relazione sismica (art. 19, comma 3, d.P.R. 207/2010) [QbII.12=0.03]	21'465.21 €
Relazione geologica (art. 26, comma 1, d.P.R. 207/2010):	
- Fino a 250'000.00 €: QbII.13=0.064%	926.97 €
- Sull'eccedenza fino a 500'000.00 €: QbII.13=0.019%	275.20 €
- Sull'eccedenza fino a 1'000'000.00 €: QbII.13=0.021%	608.33 €
- Sull'eccedenza fino a 2'500'000.00 €: QbII.13=0.029%	2'520.21 €
- Sull'eccedenza fino a 10'000'000.00 €: QbII.13=0.038%	16'511.70 €

- Sull'eccedenza fino a 12'350'000.00 €: QbII.13=0.028%	3'812.18 €
Progettazione integrale e coordinata - Integrazione delle prestazioni specialistiche (art. 30, comma 7, d.Lgs. 163/2006) [QbII.17=0.05]	35'775.36 €
Elaborati di progettazione antincendio (d.m. 16/02/1982) [QbII.18=0.06]	42'930.43 €
Relazione energetica (ex Legge 10/91 e s.m.i.) [QbII.21=0.03]	21'465.21 €
Studio di impatto ambientale o di fattibilità ambientale (VIA-VAS-AIA) - (art. 24, comma 2, lettera e), d.P.R. 207/2010):	
- Fino a 5'000'000.00 €: QbII.24=0.09%	26'071.11 €
- Sull'eccedenza fino a 12'350'000.00 €: QbII.24=0.015%	6'387.42 €
- Sull'eccedenza fino a 12'350'000.00 €: QbII.24=0.045%	32'197.82 €
Piano di sicurezza e coordinamento (art. 33, comma 1, lettera f), d.P.R. 207/2010) [QbIII.07=0.1]	71'550.72 €
Totale	765'465.18 €
TOTALE PRESTAZIONI	3'292'788.91 €

SPESE E ONERI ACCESSORI

Descrizione	Importo
	euro
1) Spese generali di studio	329'278.89 €
TOTALE SPESE E ONERI ACCESSORI	329'278.89 €

Per il dettaglio delle voci di spesa ed oneri accessori si rimanda all'apposito allegato.

RIEPILOGO PER TIPOLOGIA

Descrizione	Importo
	euro
Prestazioni professionali:	
Compenso per prestazioni professionali	3'292'788.91 €
Spese ed oneri accessori	329'278.89 €

RIEPILOGO FINALE

Descrizione	Importo
	euro
Imponibile	3'622'067.80 €
TOTALE DOCUMENTO	3'622'067.80 €
NETTO A PAGARE	3'622'067.80 €

Diconsi euro tremilioni-seicentoventiduemila-sessantasette/80.

22.0 CRONOPROGRAMMA

Fasi di realizzazione dell'opera	Anno 1				Anno 2				Anno 3				Anno 4				Anno 5				Anno 6				Anno 7		
	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T
Progettazione preliminare e definitiva, comprensiva della componente clinico-gestionale (15 MESI) [*]	■	■	■	■																							
Approvazione delle fasi della progettazione ("milestone")		M				M																					
Procedure espropriative (12 MESI)			■	■	■	■	■	■																			
Predisposizione ed approvazione atti di gara per l'affidamento della progettazione esecutiva e dei lavori (3 MESI)						M																					
Esperimento procedure di gara (9 MESI)							■	■	■	■	■	■															
Stipula del contratto ("milestone")										M																	
Redazione progetto esecutivo e approvazione (3 MESI)										M																	
Esecuzione dei lavori (36 MESI)											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Collaudo e attivazione della struttura (6 MESI)																							M				
Trasferimento (6 MESI)																											■

Note

M: indica le milestone rilevanti del cronoprogramma da conseguirsi entro il trimestre di riferimento

T: Trimestre

[*]: I tempi si intendono comprensivi anche delle eventuali procedure di affidamento a soggetti esterni delle varie fasi di progettazione

22.0 – RIFERIMENTI NORMATIVI

Il progetto deve tenere conto delle indicazioni del presente documento, nonché di tutte le norme e regole tecniche finalizzate a garantire il massimo risparmio possibile nella successiva fase gestionale.

Dovranno pertanto essere adottati tutti gli accorgimenti atti a garantire il contenimento dei consumi energetici prevedendo eventualmente l'impiego di energie alternative e rinnovabili, il contenimento dei costi di manutenzione, sia delle strutture che degli impianti, ed ogni altro accorgimento che possa garantire l'economicità gestionale.

Il progetto deve comunque assicurare la conformità alle regole e norme tecniche stabilite dalle normative, per le materie indicate nell'elenco successivo, da intendersi, comunque, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- caratteristiche ambientali e di accessibilità;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica ;
- sicurezza antinfortunistica;
- igiene dei luoghi di lavoro;
- protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti;

- barriere architettoniche;
- miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti di distribuzione dei gas;
- inquinamento elettromagnetico;
- materiali esplosivi,
- protezione antisismica.

Ferma restando la conformità alla normativa vigente della proposta progettuale, la qualità delle soluzioni progettate costituisce motivo di valutazione differenziale.

Le soluzioni tecniche ed i componenti edilizi ed impiantistici devono essere conformi a criteri di facile ed economica manutenibilità, rapida e certa accessibilità, possibile modificabilità e facile sostituzione. Per la progettazione e realizzazione del nuovo ospedale saranno rispettate le linee guida di accreditamento nazionale e regionale, le norme sulla prevenzione degli infortuni e sulla sicurezza, le norme tecniche per le costruzioni, prevenzione incendi, requisiti sugli ambienti di lavoro, le normative tecniche generali, le norme sul contenimento dei consumi energetici e specifiche per impianti e tecnologie, nonché quelle specifiche dell'edilizia sanitaria. Già in fase di progettazione preliminare saranno richiesti i pareri relativi all'idoneità idrogeologica, ambientale, archeologica e sarà effettuata una verifica tecnica delle eventuali interferenze esistenti sull'area di interesse.

Si riporta di seguito l'elenco della normativa tecnica nazionale sulla base della quale si condurrà la progettazione preliminare e che costituirà pertanto vincolo per le successive fasi di progettazione. Resta comunque inteso che dovranno essere rispettate tutte le normative in vigore in grado di rendere accreditabile il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano.

Normativa ospedaliera:

D.C.G. 20/07/1939 – Istruzioni per le costruzioni ospedaliere.

D.P.R. 14/01/97 - Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

D.C.R. 22/02/200 N. 616-3149 - Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Disposizioni di attuazione

Regolamento Reg.le approvato con D.G.R. Puglia 259 del 02.02.2010. Requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie.

Prevenzione Incendi:

DM 16/02/82 - Modificazioni del decreto ministeriale 27 settembre 1965, concernente la determinazione delle attività soggette alle visite di prevenzione incendi

DM 30/11/83 - Termini, definizioni generali, simboli grafici di prevenzione incendi.

DPR 12/01/98 N. 37 - Regolamento recante disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione incendi

DM INTERNI 4/5/98 - Disposizioni relative alle modalità di presentazione ed al contenuto delle domande di prevenzione incendi.

DPR N°151 del 01.08.2011. "**Regolamento** recante semplificazione della disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione incendi, a norma dell'articolo 49 comma 4-quater, decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122"

Specialistico per ospedali:

DM 18 settembre 2002 - regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private

Acustica:

L. 26/10/95 N. 447 - Legge quadro sull'inquinamento acustico.

Ufficio igiene e sicurezza:

D.L. 09/04/2008 N. 81 - Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

D.L. 03/08/2009 N.106 - recante attuazione di direttive comunitarie riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

Barriere architettoniche:

DPR 24/07/96 N. 503 - Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici.

CIRC. 19/06/68 N. 4809 - Norme per assicurare la utilizzazione degli edifici sociali da parte dei minorati fisici e per migliorare la godibilità generale

L.R. 03/09/84 N. 54 - Disposizioni per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici di edilizia residenziale pubblica da realizzarsi da parte degli istituti autonomi per le case popolari e dei comuni.

Elisuperficie:

D.M 23/12/03 n.297 - Norme di attuazione della legge 02/04/68, n518, concernente la liberalizzazione delle aree di atterraggio

D.Min.Tr. 10/03/88 – “Modificazione al D.M. 27/12/71 recante norme di attuazione della L.02/04/68, n.518, concernente la liberalizzazione dell’uso delle aree di atterraggio”;

D. M. Int. 02/04/90 n. 121/90 – “Regolamento recante norme provvisorie per la sicurezza antincendio negli eliporti”;

Circ. Min. 13297-3405/B 2/07/92 avente per oggetto: “D. M. Int. 02/04/90 n. 121/90”;

D.M. n.121 02/04/90 - Regolamento recante norme provvisorie per la sicurezza antincendio negli eliporti.

Decreto 297 23/12/03 - Norme di attuazione della legge 02/04/68

DM 106 09/05/06 - Norme di attuazione della legge 2 aprile 1968 n 518 concernente la liberalizzazione dell’uso delle aree di atterraggio.

F.A.A. – Advisory Circular, “Heliport Design” – Edizione 20/01/94;

I.C.A.O. – Heliport Manual Third Edition 1995;

I.C.A.O. – Annex 14, Volume II, “Heliports” – Seconda Edizione luglio 1995;

ENAC - Norme operative per il servizio medico di emergenza con elicotteri (Ed. 3 20/02/07)

D:M. 26/10/07 n 238 - Regolamento recante norme per la sicurezza antincendio negli eliporti ed elisuperfici.

Strumenti Urbanistici

Regolamento edilizio, piano territoriale, PRG, carte catastali, norme di attuazione locali inerenti a particolari vincoli e/o prescrizioni.

VIA e VAS

D. LGS. 152/2006 – Norme in materia ambientale;

D. LGS. 128/2010 - Modifiche ed integrazioni al Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152, recante norme in materia ambientale, a norma dell’articolo 12 della legge 18 giugno 2009, n. 69;

DIRETTIVA 2001/42/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 giugno 2001 concernente la valutazione degli effetti di determinati piani e programmi sull'ambiente;

L.R. n. 11 del 12 Aprile 2011- Norme sulla valutazione dell’impatto ambientale;

L.R. n. 44 del 14 Dicembre 2012 – Disciplina Regionale in materia di Valutazione Ambientale Strategica.

23.0 CONCLUSIONI

Una moderna organizzazione del sistema ospedaliero comporta una rivisitazione complessiva della rete a partire dalla disattivazione dei piccoli ospedali, riconvertiti in strutture territoriali e dal potenziamento e nuova costruzione di Ospedali secondo il modello HUB e SPOKE. In Puglia a seguito del

Programma Operativo FESR 2007-2013 è in fase di potenziamento la rete dei servizi sanitari territoriali, con crescita di attività della diagnostica specialistica e riduzione delle liste di attesa.

La strategia regionale per la costruzione di un SSR moderno sono:

- la riorganizzazione della rete ospedaliera moderna ed efficiente con poche grandi strutture di eccellenza (HUB) ed un numero limitato di strutture di medie dimensioni di riferimento territoriale, capaci di operare come spoke con standard qualitativi elevati, nonché come strutture intermedie di servizio per la rete dei presidi di salute territoriale;
- la costruzione di una rete territoriale capillare ed articolata su più livelli, in modo da assicurare l'integrazione ospedale-territorio.

La Puglia, col Piano di rientro 2010-2012 prima e con il Piano Operativo Reg.le Sanitario 2013-2015 poi, ha confermato la tendenza nazionale con la disattivazione/riconversione di alcuni plessi ospedalieri e l'attivazione contestuale di alcune strutture territoriali.

La chiusura dei presidi esistenti, come Monopoli e Fasano, sarà possibile attraverso la crescita del sistema di emergenza-urgenza per poi passare a degenze di eccellenza in strutture hub e spoke.

Nello scenario descritto diventa strategico progettare una rete di servizi di cura per guidare il cittadino all'interno della complessità dei servizi per la presa in carico e rendere armonica l'intera offerta dei servizi sanitari con l'attività socio-sanitaria ed assistenziale.

E' questo lo scenario complessivo in cui si innesta naturalmente la realizzazione del nuovo Presidio del Sud-Est Barese, con un investimento che produce apprezzabile valore sia sotto il profilo finanziario che sotto quello economico sociale.

La proposta della costruzione del nuovo Ospedale Monopoli-Fasano mira sinteticamente a:

- garantire l'ottimale operatività funzionale delle Unità Operative di degenza, di interventistica e dei servizi di diagnosi previste in Aree Dipartimentali con collegamenti adeguati e differenziati;
- pervenire ad una maggiore umanizzazione rispetto alla carente situazione attuale, con potenziamento delle attività di Day Service e Day Surgery.

Ciò potrà scaturire dall'approfondimento di una serie di problematiche che, da quelle organizzative funzionali a quelle Clinico- gestionali e a quelle prettamente edilizie ed impiantistiche, influiranno comunque nella gestione del "Sistema" e consentiranno all'Ospedale di erogare i servizi e le prestazioni sanitarie richieste in modo sicuro, efficace ed efficiente.

La progettazione non potrà che essere improntata da estrema concretezza ed aderenza alle problematiche da affrontare e al finanziamento disponibile, nonché da procedure idonee per avere garanzia del rispetto dei tempi e dei costi preventivati.

Bari 25.10.2014

Il Progettista

Ing. Francesco La Volpe