



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU

REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MARCA TREVIGIANA

Oggetto: **PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)
E PIANO NAZIONALE COMPLEMENTARE (PNC)
Missione 6 - SALUTE**

**COMPONENTE C1
M6C1 1.1**

"Case della Comunità e presa in carico delle persone"

**CASA DELLA COMUNITÀ
SEDE DI FARRA DI SOLIGO**

PROGETTO ESECUTIVO

Elaborato: RELAZIONE GENERALE E
DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA

Scala:

Tavola:

GR01

Progettazione:

**CAPOGRUPPO R.T.P E
PROGETTO IMPIANTI**
EVO ENGINEERING SRL - STP
Per. Ind. Bovo Mirco
Ing. Nadal Massimo

**PROGETTO ARCHITETTONICO E
ACUSTICA**
Ing. Giulio Campello

**PROGETTO ARCHITETTONICO E
COORDINAMENTO PER LA
SICUREZZA IN FASE DI
PROGETTAZIONE**
Geom. Sandro Campello

Data: Maggio 2023

Revisione: 01

Il Responsabile del Procedimento:

Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana
dott. Lucio D'Este

SOMMARIO

1	PREMESSA	3
2	OBBIETTIVI GENERALI E STRATEGICI CASE DELLA COMUNITA'	4
2.1	MODELLO ORGANIZZATIVO	5
3	RISPONDENZA MATERIALI E LAVORAZIONI AI SEGUENTI CRITERI (PNRR – DSHN E CRITERI AMBIENTALI MINIMI).....	8
3.1	RISPETTO CRITERI DNSH.....	8
3.2	RISPONDENZA AI CRITERI AMBIENTALI MINIMI	9
4	INDIVIDUAZIONE INTERVENTO	10
4.1	INQUADRAMENTO URBANISTICO E TERRITORIALE.....	10
4.2	VINCOLI	10
5	DESCRIZIONE DELLO STATO DI FATTO.....	11
5.1	CONSISTENZA.....	11
6	DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA.....	12
7	STATO DI PROGETTO	18
7.1	INTERVENTI PRINCIPALI	18

1 PREMESSA

L'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica con la predisposizione del Next Generation EU (NGEU) che introduce il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) a sostegno di investimenti e riforme dei Paesi membri. Il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza prevede che tutti gli interventi inseriti nel piano siano realizzati entro il 31 agosto 2026. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) costituisce la strategia nazionale di utilizzo del programma Next Generation EU e si articola in 6 Missioni e 16 Componenti; il testo del Piano Nazionale di Con particolare riguardo alle stringenti tempistiche previste dal dispositivo, la Regione Veneto ha dato avvio alle attività connesse all'attuazione del PNRR con i seguenti obiettivi:

- Case della Comunità e presa in carico della persona

Il Piano Salute Nazionale prevede la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, nell'ambito della quale vengono definiti standard strutturali organizzativi e tecnologici omogenei. La Casa della Comunità (CdC), come previsto nel PNRR, rappresenta uno degli elementi concorrenti alla realizzazione della rete assistenziale territoriale; è il luogo fisico dell'assistenza sanitaria territoriale, di facile individuazione e dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio- sanitaria.

Il Piano prevede la realizzazione di Case della Comunità nel territorio regionale, da individuarsi preferibilmente presso immobili già sede di attività distrettuale.

- Casa come primo luogo di cura e telemedicina

Il progetto prevede il potenziamento delle cure domiciliari finalizzato al conseguimento dell'obiettivo di assistenza domiciliare di almeno il 10% della popolazione oltre i 65 anni. A tal fine si prevede l'attivazione di Centrali Operative Territoriali (COT) su tutto il territorio regionale, e la predisposizione di specifiche progettualità nell'ambito della telemedicina.

Il progetto prevede tre diverse linee di intervento:

- La casa come primo luogo di cura;
- La Centrale Operativa Territoriale;
- Lo Sviluppo delle cure intermedie a supporto dei pazienti con patologie croniche.

- Ospedali di Comunità

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero breve, con capacità ricettiva max di 40 posti letto, che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio- sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio.

- Ammodernamento del parco tecnologico digitale ospedaliero

L'intervento intende sostenere un programma di innovazione strutturale degli ospedali, in termini di ammodernamento del parco tecnologico esistente ed attualmente in uso e implementazione di un processo di informatizzazione e digitalizzazione completa delle strutture ospedaliere sede di Dea di I livello e II livello.

- Ospedale sicuro e sostenibile

Il progetto prevede una linea di intervento suddivisa tra nuovi interventi da realizzare e progetti già in corso:

- Interventi di adeguamento alla norma antisismica;
 - Progetti già in corso e finanziati con i fondi ex con art. 20 L. 67/88;
 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti
- Una specifica linea di intervento è dedicata alle persone con disabilità e agli anziani, a partire dai non autosufficienti. Essa prevede investimenti infrastrutturali, finalizzati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative che permettano di conseguire e mantenere la massima autonomia, con la garanzia di servizi accessori che assicurino la continuità dell'assistenza.

2 OBIETTIVI GENERALI E STRATEGICI CASE DELLA COMUNITA'

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

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

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

progetto di fattibilità tecnica ed economica da porre a base dell'affidamento di contratti pubblici di lavori del PNRR e del PNC.

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

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

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

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

- Efficientamento energetico (Edifici e Impianti)
- Comfort, benessere e salubrità degli ambienti
- Limitazione degli impatti antropici (Aria, Acqua, Rifiuti, Rumore, Risorse, Biodiversità)
- Resilienza ai cambiamenti climatici
- Greening Urbano e servizi ecosistemici

Obiettivi architettonico-funzionali per edifici dedicati alla rete Sanitaria territoriale, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:

- Appropriatezza funzionale e architettonica degli spazi (efficacia, umanizzazione, ergonomia, igiene, salubrità ecc.)
- Sicurezza (Safety and Security)
- Flessibilità degli spazi (gestionale, tecnologica ed impiantistica)
- Digitalizzazione del progetto e della gestione degli edifici
- Funzioni per l'Innovazione digitale

2.1 MODELLO ORGANIZZATIVO

Il DM 77 definisce, la Casa di Comunità (CdC) "il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria". La CdC rappresenta quindi il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. La CdC in generale, deve essere una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile, per l'accesso,

l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito all'interno del SSN in grado di erogare ai cittadini, l'insieme dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria.

La missione di questa struttura sanitaria pertanto è prendersi cura delle persone fin dal momento dell'accesso, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, anche con lo scopo di eliminare gli accessi impropri dagli ospedali. Inoltre, l'adozione di un modello basato sull'integrazione funzionale tra i diversi erogatori di servizi sanitari consente un utilizzo delle risorse umane e professionali più positivo per il successo della struttura stessa.

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

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

Come anticipato, la CdC rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un approccio intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei molteplici ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione. La CdC è il luogo in cui operano, attraverso il lavoro di gruppo, i medici di medicina generale (MMG) in forma

associata, i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali, il personale infermieristico, assistenti sociali, ecc.

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

L'assetto organizzativo autonomo all'interno di una rete integrata di servizi socio-sanitari, con relazioni cliniche e organizzative strutturate, mette le CdC in relazione con gli altri nodi della rete della Sanità Pubblica. Essa rappresenta la struttura di riferimento per le cure primarie con caratteri di estensività assistenziale e integra il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale, orientamento alla produttività delle prestazioni, efficienza ed eccellenza. Essa dovrà rappresentare un punto di riferimento per la popolazione e quindi garantire ai cittadini prestazioni ambulatoriali vicino a casa.

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

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

- Rete Intra-CdC, definita dalla messa in rete delle figure professionali che operano all'interno delle CdC;
- Rete Inter-CdC, con l'obiettivo di mettere in relazione la CdC Hub con le sue CdC Spoke, così da soddisfare al meglio le esigenze di erogare servizi in maniera più ampia e diffusa possibile;
- Rete Territoriale, ovvero il sistema con il quale le CdC vengono messe in rete con le altre strutture sanitarie territoriali come assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete Territoriale Integrata, che pone le CdC a sistema con l'attività ospedaliera. In questo caso è fondamentale il ruolo delle piattaforme informatiche: queste permettono il cruciale compito di poter destinare pazienti delle CdC alle strutture che possono garantire prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche, specie quando si tratta di malati con cronicità ad alta complessità.

3 RISPONDENZA MATERIALI E LAVORAZIONI AI SEGUENTI CRITERI (PNRR – DSHN E CRITERI AMBIENTALI MINIMI)

3.1 RISPETTO CRITERI DSHN

Il Dispositivo per la ripresa e la resilienza (Regolamento UE 241/2021) stabilisce che tutte le misure dei Piani nazionali per la ripresa e resilienza (PNRR) debbano soddisfare il principio di “non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali”. Tale vincolo si traduce in una valutazione di conformità degli interventi al principio del “Do No Significant Harm” (DNSH), con riferimento al sistema di tassonomia delle attività ecosostenibili indicato all'articolo 17 del Regolamento (UE) 2020/852.

Il principio DNSH, declinato sui sei obiettivi ambientali definiti nell'ambito del sistema di tassonomia delle attività ecosostenibili, ha lo scopo di valutare se una misura possa o meno arrecare un danno ai sei obiettivi ambientali individuati nell'accordo di Parigi (Green Deal europeo). In particolare, un'attività economica arreca un danno significativo:

- alla mitigazione dei cambiamenti climatici, se porta a significative emissioni di gas serra (GHG);
- all'adattamento ai cambiamenti climatici, se determina un maggiore impatto negativo del clima attuale e futuro, sull'attività stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni;
- all'uso sostenibile o alla protezione delle risorse idriche e marine, se è dannosa per il buono stato dei corpi idrici (superficiali, sotterranei o marini) determinandone il loro deterioramento qualitativo o la riduzione del potenziale ecologico;
- all'economia circolare, inclusa la prevenzione, il riutilizzo ed il riciclaggio dei rifiuti, se porta a significative inefficienze nell'utilizzo di materiali recuperati o riciclati, ad incrementi nell'uso diretto o indiretto di risorse naturali, all'incremento significativo di rifiuti, al loro incenerimento o smaltimento, causando danni ambientali significativi a lungo termine;
- alla prevenzione e riduzione dell'inquinamento, se determina un aumento delle emissioni di inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo;
- alla protezione e al ripristino di biodiversità e degli ecosistemi, se è dannosa per le buone condizioni e resilienza degli ecosistemi o per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse per l'Unione europea.

Il Regolamento e gli Atti delegati della Commissione del 4 giugno 2021 descrivono i criteri generali affinché ogni singola attività economica non determini un “danno significativo”, contribuendo quindi agli obiettivi di mitigazione, adattamento e riduzione degli impatti e dei rischi ambientali; ovvero per ogni attività economica sono state raccolti i criteri cosiddetti DNSH.

In base a queste disposizioni gli investimenti e le riforme del PNRR non devono, per esempio:

- ✓ produrre significative emissioni di gas ad effetto serra, tali da non permettere il contenimento dell'innalzamento delle temperature di 1,5 °C fino al 2030. Sono pertanto escluse iniziative connesse con l'utilizzo di fonti fossili;
- ✓ essere esposte agli eventuali rischi indotti dal cambiamento del Clima, quali ad es. innalzamento dei mari, siccità, alluvioni, esondazioni dei fiumi, nevicate abnormi;
- ✓ compromettere lo stato qualitativo delle risorse idriche con una indebita pressione sulla risorsa;

- ✓ utilizzare in maniera inefficiente materiali e risorse naturali e produrre rifiuti pericolosi per i quali non è possibile il recupero;
- ✓ introdurre sostanze pericolose, quali ad es. quelle elencate nell'Authorization List del Regolamento Reach;
- ✓ compromettere i siti ricadenti nella rete Natura 2000.

Si rimanda alla valutazione effettuata nello specifico documento.

3.2 RISPONDENZA AI CRITERI AMBIENTALI MINIMI

I Criteri Ambientali Minimi (CAM) sono i requisiti ambientali definiti per le varie fasi del processo di acquisto, volti a individuare la soluzione progettuale, il prodotto o il servizio migliore sotto il profilo ambientale lungo il ciclo di vita, tenuto conto della disponibilità di mercato.

I CAM sono definiti nell'ambito di quanto stabilito dal Piano per la sostenibilità ambientale dei consumi del settore della pubblica amministrazione e sono adottati con Decreto del Ministro dell'Ambiente della Tutela del Territorio e del mare.

La loro applicazione sistematica ed omogenea consente di diffondere le tecnologie ambientali e i prodotti ambientalmente preferibili e produce un effetto leva sul mercato, inducendo gli operatori economici meno virtuosi ad adeguarsi alle nuove richieste della pubblica amministrazione. In Italia, l'efficacia dei CAM è stata assicurata grazie all'art. 18 della L. 221/2015 e, successivamente, all'art. 34 recante "Criteri di sostenibilità energetica e ambientale" del D.lgs. 50/2016 "Codice degli appalti" (modificato dal D.lgs 56/2017), che ne hanno reso obbligatoria l'applicazione da parte di tutte le stazioni appaltanti.

I nuovi CAM edilizia recepiscono le modifiche introdotte nel codice dei contratti pubblici dal DLgs 19 aprile 2017 n.56, il quale ha previsto, per le categorie d'appalto riferite agli interventi di ristrutturazione, inclusi quelli comportanti demolizione e ricostruzione, che il MATTM indichi criteri per rendere più flessibile l'obbligo di applicazione dei criteri ambientali minimi, in relazione alla tipologia e alla localizzazione dell'intervento da realizzare.

Il presente progetto sarà rispondente ai requisiti indicati dal Decreto Ministeriale 23.06.2022 pubblicato in GU il 06.08.2022 dal titolo CRITERI AMBIENTALI MINIMI PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DEI LAVORI DI INTERVENTI EDILIZI.

Il Decreto sostituisce come aggiornamento, il precedente Decreto Ministeriale 11.10.2017. Il presente progetto fa riferimento ai Criteri Minimi Ambientali più aggiornati (DM 23.06.2022) che dovranno essere il riferimento per il capitolato di gara.

Si rimanda alla valutazione effettuata nello specifico documento.

4 INDIVIDUAZIONE INTERVENTO

L'Azienda ULSS2 MARCA TREVIGIANA ha individuato nel comune di FARRA DI SOLIGO fabbricato denominato "ALA EST DELL'EX OSPEDALE DEL SOLIGO" quale sito da adibire alla realizzazione DI UNA NUOVA CASA DELLA COMUNITA' - PNRR - Linea di finanziamento: M6C1 - Inv.1.1 Case della Comunità e presa incarico della persona.

TITOLO DI PROPRIETA' DELL'IMMOBILE

Al fine di verificare la proprietà dei beni immobili in oggetto, è stata effettuata un'analisi degli atti amministrativi che legittimano questo titolo.

L'attuale proprietà è ufficializzata dal seguente atto amministrativo:

- DECRETO (DISPOSIZIONI DELLE AUTORITA') del 25/10/2016

Pubblico ufficiale CONSIGLIO REGIONALE DEL V Sede VENEZIA (VE)

Repertorio n. 19 registrato in data - FUSIONE PER INCORPORAZIONE ULSS Trascrizione n. 19161.1/2017

Reperto PI di TREVISO in atti dal 04/08/2017

Nella documentazione catastale la destinazione d'uso attuale è: Ospedale. L'attuale utilizzo è così distribuito:

- al piano terra abbiamo un centro prelievi e alcuni ambulatori specialistici.
- ai piani primo e secondo sono attualmente non in uso; fino a metà agosto 2022 i locali erano adibiti a casa di riposo e utilizzati dal "Bon Bozzolla".

DATI CATASTALI

Il cespite è censito al catasto fabbricati del comune di Farra di Soligo (TV):

Sezione	Foglio	Particella	Sub	Categoria	Classe	Consistenza
C	5	21	17	B/2	U	6708 mc

4.1 INQUADRAMENTO URBANISTICO E TERRITORIALE

L'edificio in oggetto è identificato al Catasto fabbricati del Comune di Farra di Soligo, alla sezione C, foglio 5 mappale 21.

Secondo il Piano urbanistico vigente, la destinazione di zona ricade in "aree e edifici di interesse comune – F2".

Lo scoperto a Sud del fabbricato oggetto di intervento ricade in "aree per parcheggi pubblici – F4".

4.2 VINCOLI

L'area interessata dall'intervento ricade in zona definita "Aree di notevole interesse pubblico vincolate ai sensi dell'art.136 del D.Lgs. N° 42 / 2004.

5 DESCRIZIONE DELLO STATO DI FATTO

Il fabbricato oggetto di intervento fa parte di un gruppo di fabbricati adibiti ad attività sanitaria e assistenziale.

Quello oggetto di intervento è in continuità con l'attuale casa di riposo denominata "Bon Bozzola" che è stata oggetto di recente ristrutturazione. L'immobile che si va a ristrutturare con il progetto si identifica come la parte storica del complesso. Si sviluppa con tre piani fuori terra. Attualmente è in funzione il solo piano terra che ospita il Centro Prelievi e l'AVIS.

I piani superiori, ora non in uso, facevano parte della casa di riposo.

Oggetto di intervento di ristrutturazione avvenuto alla fine degli anni novanta e all'inizio del duemila, attualmente risulta strutturalmente adeguato alla normativa. Il fabbricato si presenta con una parte centrale più bassa con copertura a due falde; le parti laterali presentano una altezza maggiore; la copertura della porzione est è a padiglione con tre falde; la porzione ovest è a due falde.

5.1 CONSISTENZA

La superficie complessiva lorda che sarà riservata alla casa della comunità, misurata al filo esterno delle murature perimetrali, viene riassunta nella tabella riepilogativa sotto riportata:

Piano	Descrizione	Superficie lorda arrotondata m ²
Terra	Punto di accoglienza, sala d'aspetto, ambulatori, punto prelievo, locali di servizio	500,00
Primo	Sala d'aspetto, ambulatori, locali di servizio	500,00
Secondo	Sala d'aspetto, ambulatori, punto prelievo, Locali di servizio	500,00
Sommano 1.500,00 m ²		

6 DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA













7 STATO DI PROGETTO

Il progetto di ristrutturazione dell'edificio si prefigge come obiettivi principali la razionalizzazione degli ambienti, al fine di renderli maggiormente fruibili e funzionali alla attività che si dovrà svolgere. Non vengono modificati i prospetti e non vengono svolte lavorazioni che possano incidere sull'aspetto del fabbricato.

Tutte le lavorazioni riguardano modifiche interne, che non impattano sulla struttura del fabbricato. All'interno non sono presenti elementi storici o caratteristici da preservare permettendo quindi un rapido avvio dei lavori. Questo deriva anche dal fatto che circa 20 anni fa il fabbricato è stato oggetto di intervento radicale che ne ha comportato lo svuotamento e rifacimento interno.

I lavori previsti consistono principalmente in:

- Riorganizzazione degli spazi interni per ottimizzazione degli ambienti in relazione alla nuova destinazione di casa della comunità;
- Adeguamenti alla normativa antincendio;
- rifacimento degli impianti: elettrico e termo-sanitario;
- impianto di climatizzazione
- Interventi adeguamento alla LR 22/2002 e di ammodernamento delle finiture edilizie.

7.1 INTERVENTI PRINCIPALI

I principali interventi previsti sono di seguito elencati:

- Interventi di rimozione dei serramenti interni;
- Esecuzione di spallette per adeguamento forometrie interne alle nuove esigenze;
- Demolizione di pavimenti e rivestimenti bagni;
- Rimozione degli attuali sanitari;
- Rivisitazione impiantistica bagni;
- Rifacimento di rivestimenti e pavimenti bagni;
- Installazione di nuovi sanitari;
- Rivisitazione mediante demolizione e ricostruzione di alcune compartimentazioni interne;
- Rimozione e rifacimento della attuale pavimentazione ai piani primo e secondo in PVC;
- Realizzazione di isolamento termico e acustico.
- Sostituzione dei serramenti esterni con installazione di serramenti rispondenti alle attuali normative di isolamento termico e acustico.
- Smantellamento degli impianti esistenti e realizzazione di nuovi impianti elettrici, termosanitari e di climatizzazione;
- Realizzazione Impianto Fotovoltaico;
- Lavori di adeguamento antincendio;
- Realizzazione di adduzione acqua con aggiunta lavamani in tutti gli ambienti destinati ad ambulatori;
- Dipintura locali;
- Adeguamento ambienti secondo normativa per abbattimento barriere architettoniche.