

REGIONE DEL VENETO



**ULSS7**  
PEDEMONTANA

**Regione del Veneto**

**AZIENDA SANITARIA U.L.S.S. N. 7 PEDEMONTANA**

*Via dei Lotti, 40 - 36061 Bassano del Grappa (VI) - Tel. 0424 888111*

*Cod. Fisc./P.IVA 00913430245 - www.aulss7.veneto.it*

*Pec: protocollo.aulss7@pecveneto.it*

---

**U.O.C. Servizi tecnici e Patrimoniali**

COMMESSA 101/2024/5

**ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA SISMICA E ANTINCENDIO DELL'OSPEDALE DI BASSANO  
DEL GRAPPA CON RIQUALIFICAZIONE FUNZIONALE DEL GRUPPO OPERATORIO**

**DOCUMENTO DI INDIRIZZO DELLA PROGETTAZIONE**

IL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO

Ing. Daniele Panizzo

## SOMMARIO

<b>1</b>	<b>PREMESSA</b> .....	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<b>2</b>	<b>OGGETTO DEL DOCUMENTO</b> .....	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>SCOPO DEL DOCUMENTO</b> .....	<b>1</b>
<b>4</b>	<b>QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO</b> .....	<b>1</b>
4.1	LAVORI PUBBLICI.....	1
4.2	BARRIERE ARCHITETTONICHE.....	2
4.3	PROTEZIONE ANTISISMICA E PREVENZIONE INCENDI.....	2
4.4	SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO E IMPIANTI.....	3
4.5	CRITERI AMBIENTALI MINIMI .....	3
<b>5</b>	<b>ANALISI DELLO STATO DI FATTO</b> .....	<b>3</b>
5.1	BLOCCO OPERATORIO .....	3
5.1.1	Schema dei flussi .....	6
5.1.2	Criticità stato di fatto.....	7
5.2	DAY SURGERY/WEEK SURGERY MULTIDISCIPLINARE.....	8
5.2.1	Schema dei flussi .....	10
5.2.2	Criticità stato di fatto.....	11
5.3	POLO ENDOSCOPICO .....	12
5.4	IMPIANTI TECNOLOGICI.....	15
5.4.1	Impianti di climatizzazione.....	15
5.4.2	Impianti elettrici e speciali .....	16
5.5	ATTREZZATURE E ARREDI .....	17
<b>6</b>	<b>QUADRO ESIGENZIALE</b> .....	<b>19</b>
6.1	IPOTESI PROGETTUALE .....	20
6.2	RISPETTO DEI PRINCIPI C.A.M.....	25
6.3	COERENZA CON ALTRE PROGETTUALITÀ .....	25
6.3.1	Progetto di miglioramento sismico.....	25
6.3.2	Progetto di prevenzione incendi .....	30
6.4	ATTREZZATURE DI SALA .....	31
6.4.1	Blocco operatorio - secondo piano.....	31
6.4.2	Blocco operatorio Day Surgery – quarto piano .....	31
6.4.3	Polo Endoscopico .....	32
<b>7</b>	<b>LIVELLI DI PROGETTAZIONE E ELABORATI GRAFICI E DESCRITTIVI ATTESI</b> .....	<b>32</b>
7.1	PFTE (SEZIONE II DELL’ALLEGATO I.7 DEL D.LGS. 36/2023 E SS.MM.II.) .....	32
<b>8</b>	<b>ULTERIORI PRESTAZIONI E VALUTAZIONI PROPEDEUTICHE ATTESE</b> .....	<b>33</b>
<b>9</b>	<b>MODALITA’ DI REDAZIONE DEL PROGETTO</b> .....	<b>33</b>

<b>10</b>	<b>COLLAUDO STATICO.....</b>	<b>35</b>
<b>11</b>	<b>ALLEGATI AL PRESENTE DOCUMENTO .....</b>	<b>35</b>
<b>12</b>	<b>QUALIFICAZIONE DELL'INTERVENTO E IVA .....</b>	<b>35</b>
<b>13</b>	<b>LIMITI ECONOMICI DEL PROGETTO .....</b>	<b>36</b>
<b>14</b>	<b>ALLEGATI.....</b>	<b>36</b>

---

## 1 OGGETTO DEL DOCUMENTO

Il presente documento di indirizzo alla progettazione, di seguito "DIP", è redatto al fine di assicurare la rispondenza degli interventi da progettare ai fabbisogni ed alle esigenze della Stazione appaltante, nonché per consentire al progettista di avere piena consapevolezza degli obiettivi posti a base dell'intervento e delle modalità con cui tali obiettivi ed esigenze devono essere soddisfatti.

Obiettivo generale dell'investimento è la realizzazione di parte degli interventi di miglioramento sismico dell'ospedale San Bassiano a Bassano del Grappa definiti dal *Progetto di fattibilità tecnica ed economica* redatto da ICONIA Ingegneria Civile S.r.l. e approvato con Delibera del Direttore Generale 934 del 01/06/2023 e, contestualmente, gli interventi di riqualificazione delle Sale operatorie collocate al 2° piano, delle sale di Week Surgery collocate al 4° piano, i relativi spazi tecnici collocati al 3° piano e la realizzazione del Polo Endoscopico al primo piano interrato, come definiti dal *Documento di fattibilità e delle alternative progettuali* trasmesso alla Regione Veneto con nota prot. 109528 del 09/12/2024 e previsto dal Piano di aggiornamento del programma degli investimenti delle strutture ospedaliere per il decennio 2023/2032 come da DGRV 1121 del 19/09/2023 e successivamente confermato dalla DGRV 1553 del 30/12/2024 come intervento programmato per l'annualità 2025/2027.

## 2 SCOPO DEL DOCUMENTO

Il DIP, redatto in coerenza con il quadro esigenziale e con la soluzione individuata nell'allegato "Documento di fattibilità e delle alternative progettuali" (All.to n.1), ha lo scopo di fornire linee guida e requisiti per la successiva fase di "Progettazione di fattibilità tecnica ed economica" (PFTE) per la realizzazione dell'opera e la fornitura delle attrezzature di sala.

È nelle intenzioni della Stazione Appaltante affidare i lavori e le forniture tramite appalto integrato che preveda, ai sensi dell'art. n. 44 del D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36, la redazione del "Progetto esecutivo" e la realizzazione dei lavori e delle forniture, mediante gara a procedura aperta aggiudicata sulla base del criterio dell'"Offerta economicamente più vantaggiosa", finalizzata alla stipula di un contratto "a corpo".

## 3 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Il PFTE dovrà essere predisposto in conformità con la Normativa tecnica di settore vigente. Di seguito sono elencate le Norme principali di riferimento.

### 3.1 LAVORI PUBBLICI

- D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 - Codice dei Contratti Pubblici;
- D.P.R. n. 34/00 del 25/01/2000 e s.m.i. - Regolamento per l'istituzione di un sistema di qualificazione unico dei soggetti esecutori di lavori pubblici;
- Decreto Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 7 Marzo 2018, n. 49 - Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione;
- Norma Regionale L.R.27/2003 e ss.mm.ii.

---

### **3.2 BARRIERE ARCHITETTONICHE**

- D.P.R. del 24/07/1996 n. 503 - Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici e ss.mm.ii.;
- D.M. 14 giugno 1989, n. 236 - Prescrizioni tecniche necessarie per garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visibilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata ed agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche;
- Circolare Ministero dei Lavori Pubblici del 19 giugno 1968, n. 4809 - Norme per assicurare l'utilizzazione degli edifici sociali da parte dei minorati fisici e per migliorare la godibilità generale e ss.mm.ii.;
- D.P.R. n. 384 del 27/04/1978 "Regolamento di attuazione dell'art. 27 della Legge n. 118 del 30/03/1971, a favore dei mutilati e invalidi civili, in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici";
- D.G.R. 1428 del 20/09/2011 - Aggiornamento delle "Prescrizioni tecniche atte a garantire la fruizione degli edifici residenziali privati, degli edifici residenziali pubblici e degli edifici e spazi privati aperti al pubblico.

### **3.3 PROTEZIONE ANTISISMICA E PREVENZIONE INCENDI**

- D.M. 17/01/2018 – Aggiornamento delle Norme tecniche per le costruzioni;
- Circolare 21/01/2019, n° 7/C.S.LL.PP. Istruzioni per l'applicazione dell'aggiornamento delle norme tecniche per le costruzioni di cui al decreto ministeriale 17/01/2018;
- O.P.C.M 20/03/2003 n. 3274 – Primi elementi in materia di criteri generali per la classificazione sismica del territorio e di normative tecniche per le costruzioni in zona sismica e ss.mm.ii.;
- D.G.R. V 244/21 – Aggiornamento dell'elenco delle zone sismiche del Veneto D.P.R. 06/06/2001, n. 380, art. 83, comma 3; D.Lgs. 31/03/1998, n.112, art. 93 e 94 D.G.R./CR n.1 del 19/01/2021;
- D.M. del 18 settembre 2002 - Regola Tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- D.M. 19 marzo 2015 - Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002;
- D.M. 7 agosto 2012 - Disposizioni relative alle modalità di presentazione delle istanze concernenti i procedimenti di prevenzione incendi e alla documentazione da allegare, ai sensi dell'articolo 2, comma 7 del decreto del Presidente della Repubblica 1° agosto 2011, n. 151;
- D.M. del 30 novembre 1983 - Termini, definizioni generali, simboli grafici di prevenzione incendi e ss.mm.ii.;
- D.P.R. 1° agosto 2011, n.151 – Regolamento recante semplificazione della disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione incendi a norma dell'articolo 49, comma 4-quater, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

---

### 3.4 SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO E IMPIANTI

- D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 - Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- D. Lgs. del 19 marzo 1996 n. 242- Modifiche ed integrazioni al D. Lgs. del 19/09/1994 n. 626 recante attuazione di direttive comunitarie riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro e s.m.i.;
- D.P.R. del 3 luglio 2003, n. 222 - Regolamento sui contenuti minimi dei piani di sicurezza nei cantieri temporanei o mobili, in attuazione dell'articolo 31, comma 1, della legge 11 febbraio 1994, n. 109. (GU Serie Generale n.193 del 21-08-2003);
- D. Lgs. 8 luglio 2003, n. 235- Attuazione della direttiva 2001/45/CEE relativa ai requisiti minimi di sicurezza e di salute per l'uso delle attrezzature di lavoro da parte dei lavoratori;
- Legge 5 marzo 1990, n. 46 - Norme per la sicurezza sugli impianti;
- D.M. 22 gennaio 2008, n. 37 - Regolamento concernente l'attuazione dell'articolo 11-quaterdecies, comma 13, lettera a) della legge n. 248 del 2005, recante riordino delle disposizioni in materia di attività di installazione degli impianti all'interno degli edifici.

### 3.5 CRITERI AMBIENTALI MINIMI

- DM 23 giugno 2022 n. 256, pubblicati in G.U. n. 183 del 6 agosto 2022 - Affidamento di servizi di progettazione e affidamento di lavori per interventi edilizi;
- "Decreto correttivo 5 agosto 2024 del Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica "Modificazioni al decreto n. 256 del 23 giugno 2022, recante: «Criteri ambientali minimi per l'affidamento di servizi di progettazione e affidamento di lavori per interventi edilizi»"

## 4 ANALISI DELLO STATO DI FATTO

L'analisi dello stato di fatto coinvolge due unità all'interno dell'ospedale San Bassiano: il Blocco Operatorio al secondo piano e l'area di Day Surgery al quarto piano.

Inoltre, esamina gli spazi utilizzati ad oggi per l'esecuzione delle prestazioni di diagnosi endoscopica all'interno dello stesso Ospedale.

### 4.1 BLOCCO OPERATORIO

Il Settore Operatorio dell'ospedale San Bassiano, ubicato nella porzione sud-est del secondo piano, servito dai vani tecnici al piano superiore, risulta articolato in una pianta rettangolare, la cui superficie complessiva è pari a 2035 mq lordi.

Sul medesimo livello, sono collocati, in adiacenza, i reparti di Rianimazione, UTIC ed Emodinamica; ad est l'area degli Studi medici; a sud l'Emodialisi e le Degenze di Cardiologia.

La configurazione del reparto è dettagliata in cinque macroaree principali, declinate come segue.

L'**Area personale** si compone di una zona filtro d'ingresso costituita da due spogliatoi principali e relativi servizi igienici e docce, ciascuno da circa 70 mq, da uno spogliatoio di dimensioni ridotte {circa 37 mq}, in prossimità della sala operatoria infettivi/emergenza (n.2222), dal locale coordinatore (16 mq) in prossimità

---

dell'area del cambio letti e, infine, da una tisaneria di reparto (36 mq), attualmente convertita a deposito. All'interno degli spogliatoi, non è prevista un'area di distribuzione camici.

**L'Area filtro/ingresso** pazienti identifica gli spazi necessari per permettere l'ingresso e l'uscita dei pazienti, tramite il trasferimento attraverso barriera fisica dal letto di reparto al piano operatorio e viceversa.

Il paziente in ingresso viene accolto in un'area di sosta (da circa 50mq), in attesa di attraversare l'area di cambio letti, dotata di due sistemi passa malati fissi (di cui uno non più funzionante) e una porta, prevista in caso di necessità. Oltre la barriera fisica, è prevista un'area di sosta dei piatti operatori puliti, da circa 45 mq.

**L'Area operatoria** è composta da nove sale operatorie che seguono un modello lineare, disposte lungo il perimetro della pianta rettangolare e servite da un corridoio sterile alle spalle, in collegamento con l'ascensore del materiale sterile in arrivo dal servizio di sterilizzazione centralizzato localizzato al piano interrato.

Il modello prevede la presenza di due locali di sub-sterilizzazione da circa 16 mq, utilizzati allo stato attuale come depositi.

In particolare, si evidenziano le principali caratteristiche delle sale operatorie, tutte classificabili ISO 7 e declinate come segue.

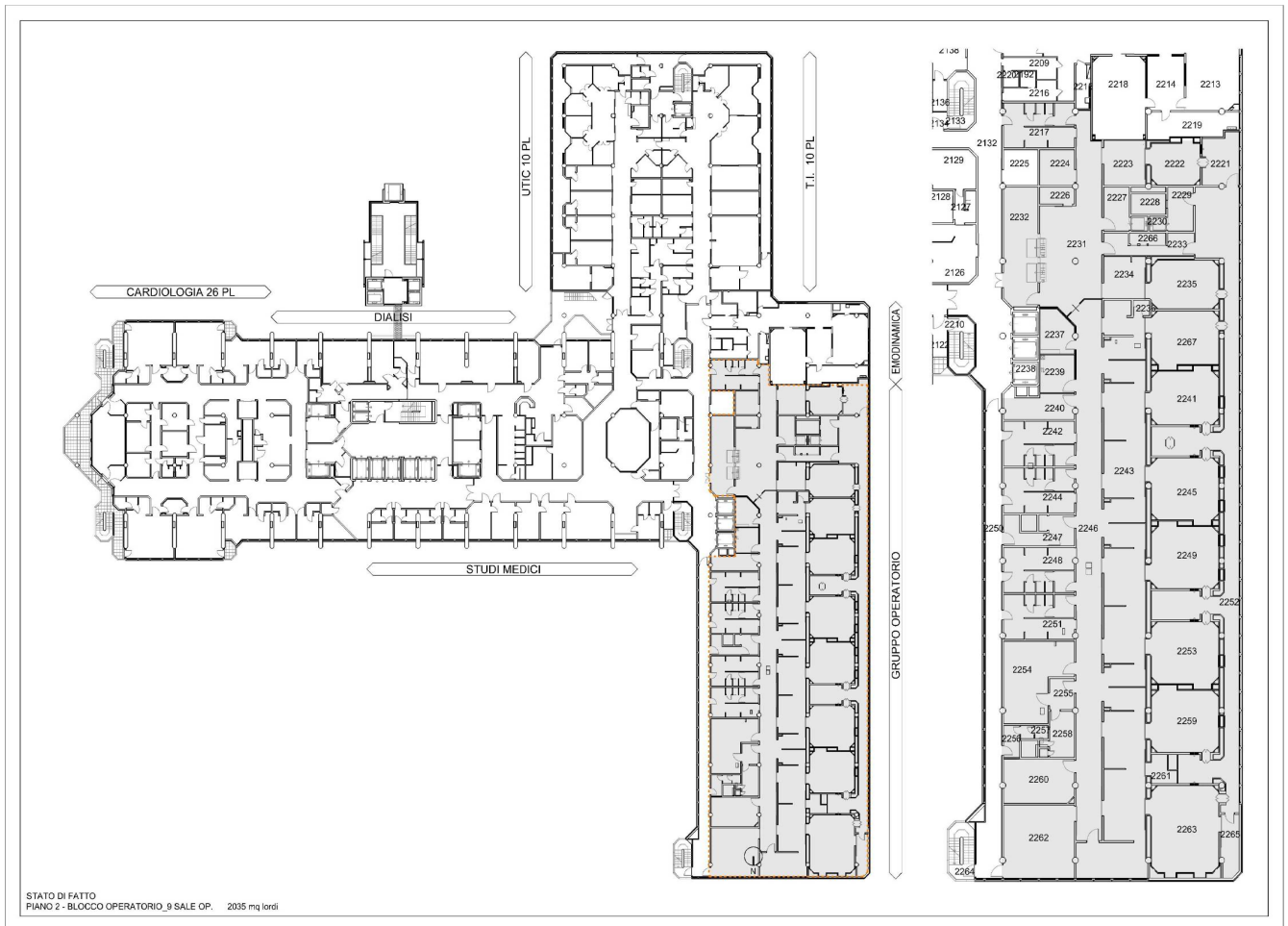
- Sala operatoria numero 2222 (circa 25 mq), localizzata in posizione decentrata vicino al nodo verticale dei materiali, utilizzata per piccoli interventi, per le emergenze e all'occorrenza per i pazienti infettivi;
- Sala operatoria numero 2235 (circa 38 mq), per le attività chirurgiche di Endourologia;
- Sala operatoria numero 2267 (circa 43 mq), per gli interventi chirurgici che prevedono l'utilizzo di un sistema robotico, utilizzata da tutte le specialità, in prevalenza Urologia;
- Sala operatoria numero 2241 (circa 43 mq), per le attività chirurgiche di Ginecologia;
- Sala operatoria numero 2245 (circa 50 mq), per la Chirurgia generale;
- Sala operatoria numero 2249 (circa 50 mq), sala multidisciplinare, dedicata in prevalenza agli interventi di Chirurgia vascolare;
- Sala operatoria numero 2253 (circa 50 mq) per gli interventi di ORL e Maxillo;
- Sala operatoria numero 2259 (circa 50 mq), principalmente utilizzata per le attività chirurgiche di Oculistica e Ortopedia;
- Sala operatoria numero 2263 (circa 70 mq), è la sala Ibrida angiografica recentemente riqualificata, con relativi locali di supporto quali sala comandi (14 mq) e locale tecnico (13 mq), principalmente dedicata alla chirurgia vascolare.

Davanti ogni sala è prevista l'**Area di preparazione paziente** e di preparazione chirurghi/staff di sala da circa 20 mq, con affaccio diretto al corridoio di distribuzione baricentrico tra la zona del cambio letti e i locali di supporto.

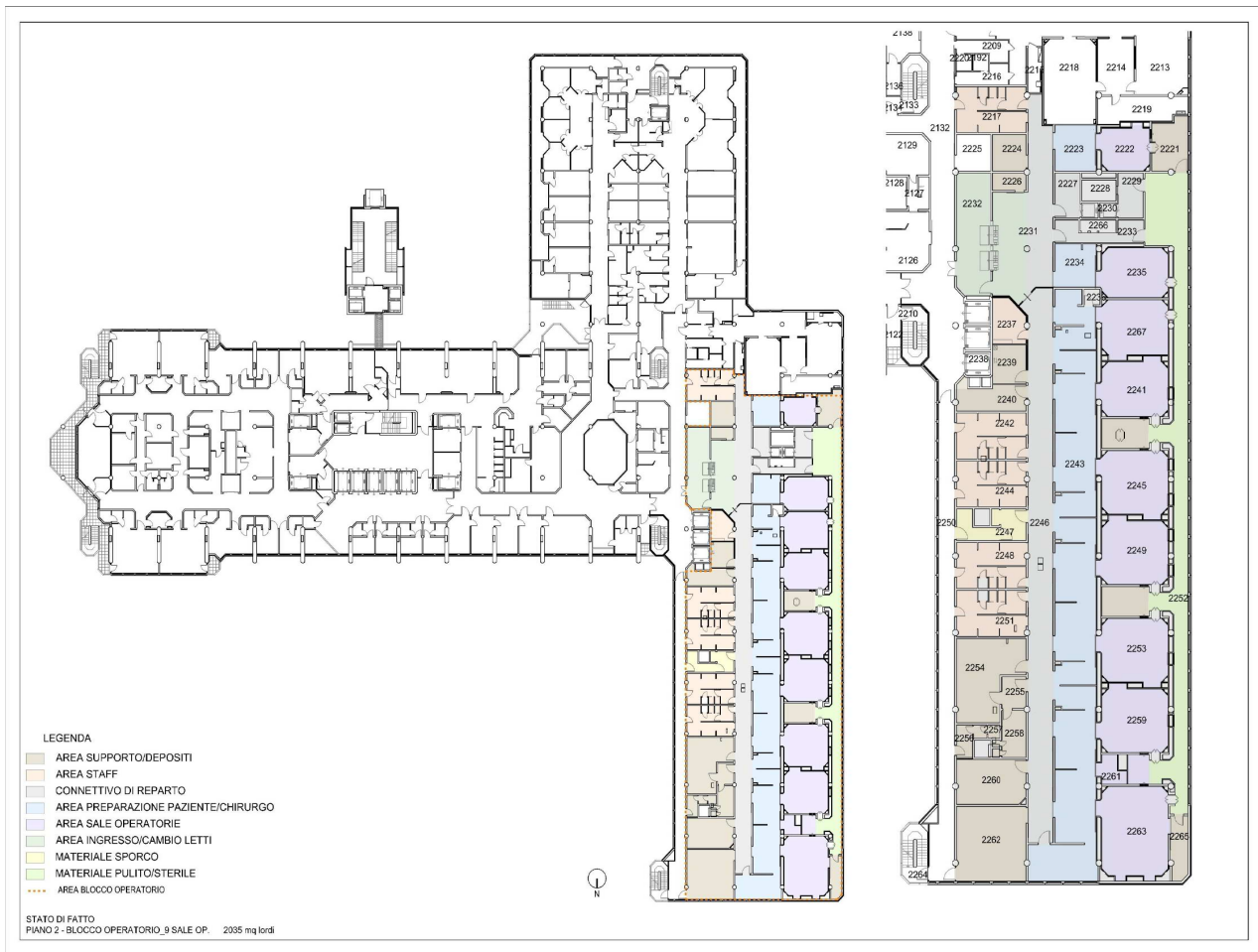
Infine, l'**Area dei servizi di supporto**, identifica i locali dedicati ai depositi e di supporto, localizzati nella fascia che affaccia sul corridoio di distribuzione. In particolare:

- In prossimità dell'area di transfer, sono individuati due depositi che nel progetto originario dell'ospedale erano dedicati al lavaggio dei piatti operatori, con una superficie totale di circa 21 mq.
- Con apertura diretta sul corridoio esterno del comparto, è presente un'area di raccolta del materiale sporco, di circa 22 mq.
- I restanti locali sono dedicati a depositi, con una superficie complessiva di circa 180 mq.

- Non c'è all'interno del comparto un locale dedicato al laboratorio di istopatologia, in quanto i campioni vengono direttamente inviati all'unità di Laboratorio analisi.



*planimetria n.1*



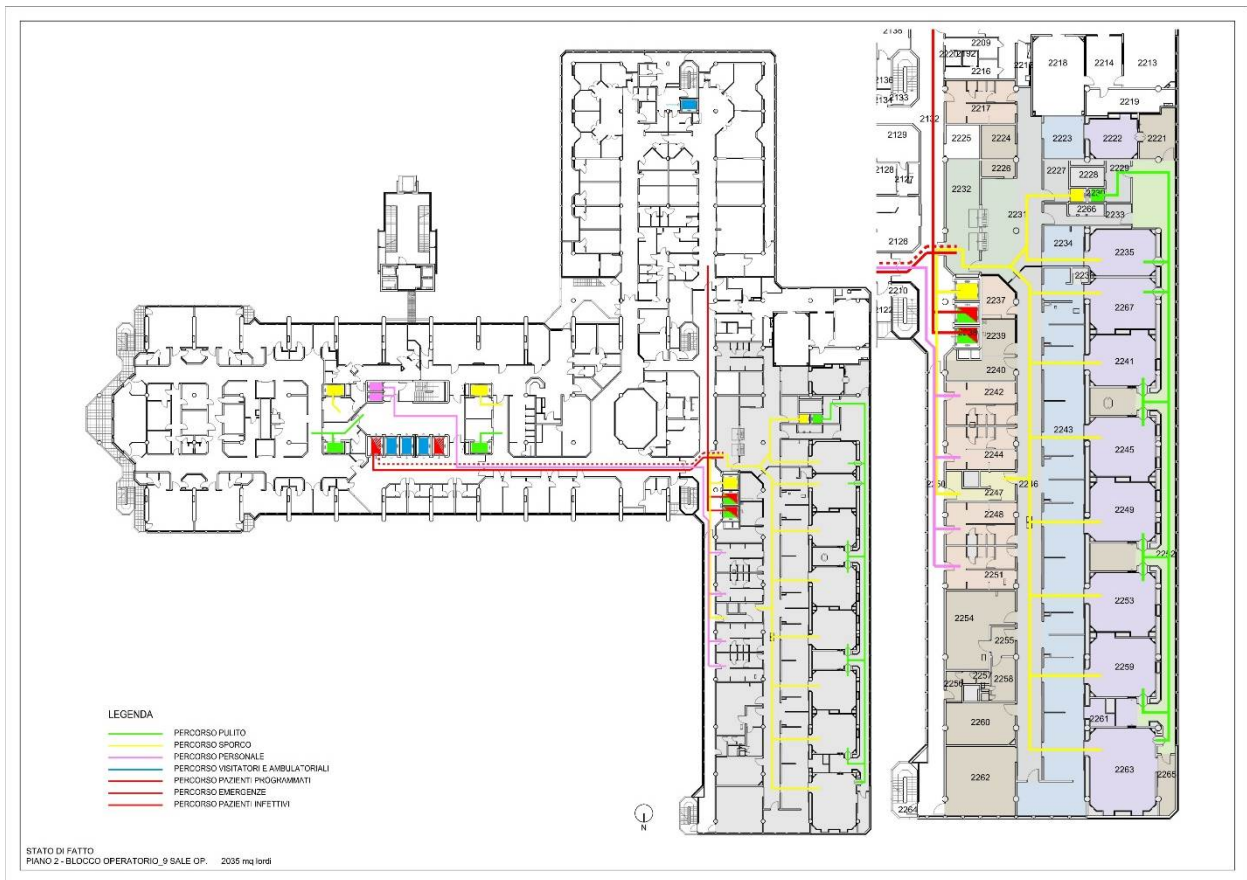
planimetria n.2

#### 4.1.1 Schema dei flussi

L'analisi dello stato di fatto permette di evidenziare i seguenti nodi verticali a servizio del Blocco operatorio.

- Un nodo verticale esterno (numero 2229) composto da due ascensori dedicati alle emergenze in arrivo dalla radiologia o dagli altri reparti (fino al sesto piano) e da un ascensore dedicato al materiale sporco. In particolare, il materiale sporco (che non include i kit ferri chirurgici) in uscita dalle sale operatorie viene stoccato in un'apposita area dedicata alla raccolta e successivamente, attraverso il corridoio esterno, condotto all'elevatore dedicato allo sporco.
- Un secondo nodo verticale esterno (numero 277) composto da due ascensori destinati ai pazienti chirurgici programmati e alle urgenze in arrivo al Blocco operatorio dai reparti oltre il sesto piano.
- Un nodo verticale interno dove sono previsti due elevatori, uno dedicato al materiale sterile e uno dedicato al materiale sporco (kit ferri chirurgici) da sterilizzare con area di sbarco differenziata, collegati alla sottostante Centrale di Sterilizzazione (livello interrato).

L'immagine mostra i principali flussi interni individuati, differenziati per le diverse tipologie di utenze (personale, paziente in emergenza, paziente infettivo, paziente elettivo) e per i materiali (sporco, pulito e sterile).



planimetria n.3

#### 4.1.2 Criticità stato di fatto

La comprensione dello Stato di fatto relativa al layout attuale e al **modello organizzativo e gestionale** del settore, congiunta alle **esigenze funzionali** dell'**utenza finale** (*Riferimento Cap. 5 "Quadro esigenziale"*), ha portato alla definizione dei seguenti ambiti migliorabili e criticità.

##### Ottimizzazione degli spogliatoi dedicati al personale

Si ritiene, considerando un numero di circa sette operatori per sala operatoria, tutte (nove sale) in attività, che il corretto dimensionamento degli spogliatoi del personale, differenziati per uomini e donne, possa permettere un'ottimizzazione delle aree spogliatoi attualmente presenti.

##### Ottimizzazione delle aree dedicate ai depositi

Allo stato attuale, pur utilizzando alcune aree a deposito previste al piano interrato, emerge la criticità di non disporre di adeguati depositi (numero e dimensioni) a supporto dell'attività chirurgica e anche in relazione ai dispositivi per la Sala ibrida.

Tale elemento, comporta l'utilizzo di locali destinati ad altre attività, quali ad esempio, il locale di lavaggio piatti operatori o l'area in prossimità del cambio letti, con conseguenti disagi nella fruizione ottimale degli spazi all'interno del reparto.

---

### **Funzionalità dell'Area di ingresso dei pazienti**

Si riscontra l'esigenza di migliorare la gestione del paziente in ingresso al comparto operatorio. Dopo il trasferimento del paziente sul piano operatorio, il letto di reparto viene rifatto dal personale del blocco operatorio e viene collocato nell'area di sosta in attesa del termine dell'intervento. L'area dedicata al cambio letti risulta sottodimensionata rispetto all'elevato turn over previsto. Tale elemento comporta una sovrapposizione dei letti in arrivo nell'area di sosta dedicata. Inoltre, a causa dell'ingombro dei sistemi fissi di passa malati (due) all'interno dell'area non più utilizzabili, si riduce il campo operativo utile per effettuare il passaggio manuale, rallentando i tempi di gestione.

### **Previsione di una Recovery room**

Allo stato attuale, il risveglio del paziente viene effettuato in sala operatoria, comportando un incremento dei tempi di utilizzo tra un intervento e il successivo e richiedendo un numero di medici e personale sanitario maggiore. Si ritiene, pertanto, indispensabile prevedere una Recovery room che permetta l'osservazione prima del trasferimento in reparto del paziente con condizioni cliniche più complesse.

### **Ottimizzazione area Preparazione pazienti/ chirurghi**

Lo stato di fatto vede la presenza per ogni sala operatoria di uno spazio per la preparazione dei pazienti e area dedicata al lavaggio/scrub dei chirurghi e degli operatori. Si ritiene possibile una ottimizzazione che preveda di unificare le zone di lavaggi chirurgici negli spazi inter-sala.

### **Assenza di un locale sub-sterilizzazione**

I locali destinati alle attività di sub-sterilizzazione, non più utilizzati, sono stati convertiti ad aree di deposito, in accordo con le più attuali tendenze e linee guida, che suggeriscono, ove possibile, di unificare le attività all'interno del Servizio di sterilizzazione centralizzato, al fine di migliorare la qualità e tracciabilità dei processi di gestione.

### **Presenza della sala operatoria dedicata ai pazienti infettivi**

La configurazione dello stato di fatto vede una sala operatoria (numero 2222), decentrata e di piccole dimensioni (circa 25 mq) dedicata ai pazienti infettivi, con zona di ingresso e percorsi dello staff condivisi con il paziente. Tale assetto non garantisce le condizioni idonee per evitare le contaminazioni incrociate e possibili conseguenze sulla salute degli operatori e dei pazienti. Si ritiene, infatti, indispensabile, al fine di fronteggiare i problemi causati da malattie infettive e trasmissibili per via aerea (quali ad esempio, SARS-CoV-2) prestare attenzione al percorso dell'equipe, in uscita dall'intervento chirurgico, garantendo adeguati spazi filtro di svestizione, prima dell'immissione nel circuito pulito.

## **4.2 DAY SURGERY/WEEK SURGERY MULTIDISCIPLINARE**

Le degenze di Week Surgery sono localizzate a nord-ovest del quarto piano, in un'area di 345 mq lordi, in adiacenza al Blocco operatorio di Week Surgery, alle Degenze chirurgiche di ORL, Urologia e Maxillo. Completa il piano, a sud, l'area omogenea dedicata ad Ambulatori e l'area amministrativa che si occupa di programmazione di sala (Blocco operatorio e Blocco operatorio di Week Surgery).

Si evidenziano le seguenti macroaree con relative dotazioni.

**L'Area filtro/ d'ingresso** che prevede ad est due zone filtro dedicate al personale differenziate per uomini e donne, con relativi servizi igienici, con una superficie totale di circa 25 mq. All'interno dell'area d'ingresso, è presente il filtro operandi comune all'area filtro pazienti con il cambio letti, di circa 42 mq.

L'**area Sosta pazienti**, è localizzata in area esterna al comparto operatorio e prevede una stanza di degenza mista con quattro postazioni/poltrone.

L'**Area operatoria** è composta da tre sale, le cui caratteristiche principali, emerse durante il sopralluogo, vengono evidenziate di seguito.

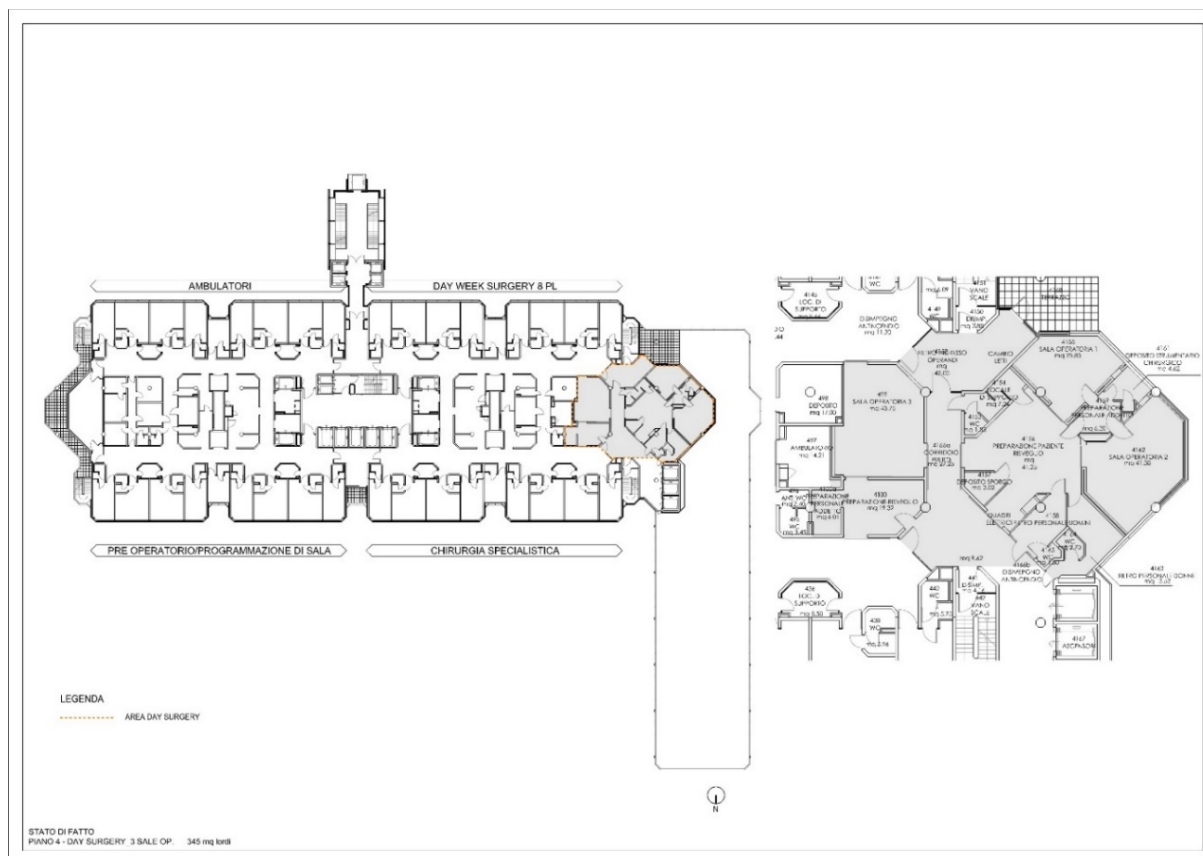
- Sala operatoria 1 (numero 4155), di circa 26 mq per day-week Surgery;
- Sala operatoria 2 (numero 4162), di circa 41 mq, per day-week Surgery, in prevalenza dedicata a scopie, all'orto chirurgia, alla senologia e alla terapia antalgica (il sabato);
- Sala operatoria 3 (numero 499), di circa 44 mq, dedicata all'oculistica, con area di preparazione e risveglio del paziente di circa 19 mq e preparazione chirurgici (6 mq) antistanti.

Le sale operatorie 1 e 2 condividono alcuni spazi di supporto di ridotte dimensioni, quali: un deposito strumentario chirurgico (5 mq), una zona preparazione personale di sala (6 mq), l'area di preparazione/risveglio pazienti (41 mq). È previsto un unico corridoio interno promiscuo per l'allontanamento del materiale sporco e il rifornimento del materiale pulito e sterile.

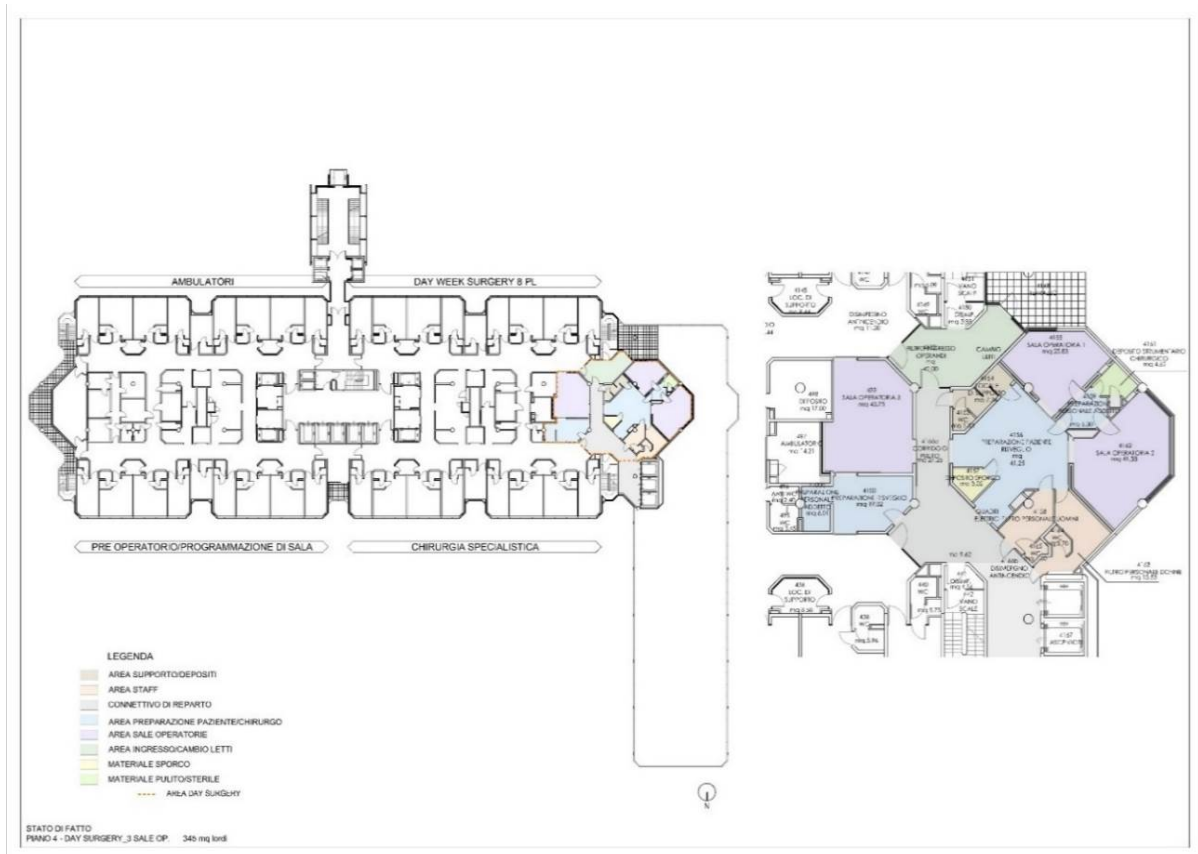
Infine, l'**Area dei servizi di supporto**, identifica i locali dedicati ai depositi e di supporto.

In particolare:

- in prossimità della preparazione comune, si individuano un deposito sporco (3 mq) e un locale di supporto con relativo bagno (8 mq totali). A sud ovest, esternamente all'area operativa, è localizzato un deposito attrezzature da 25 mq.



planimetria n.4

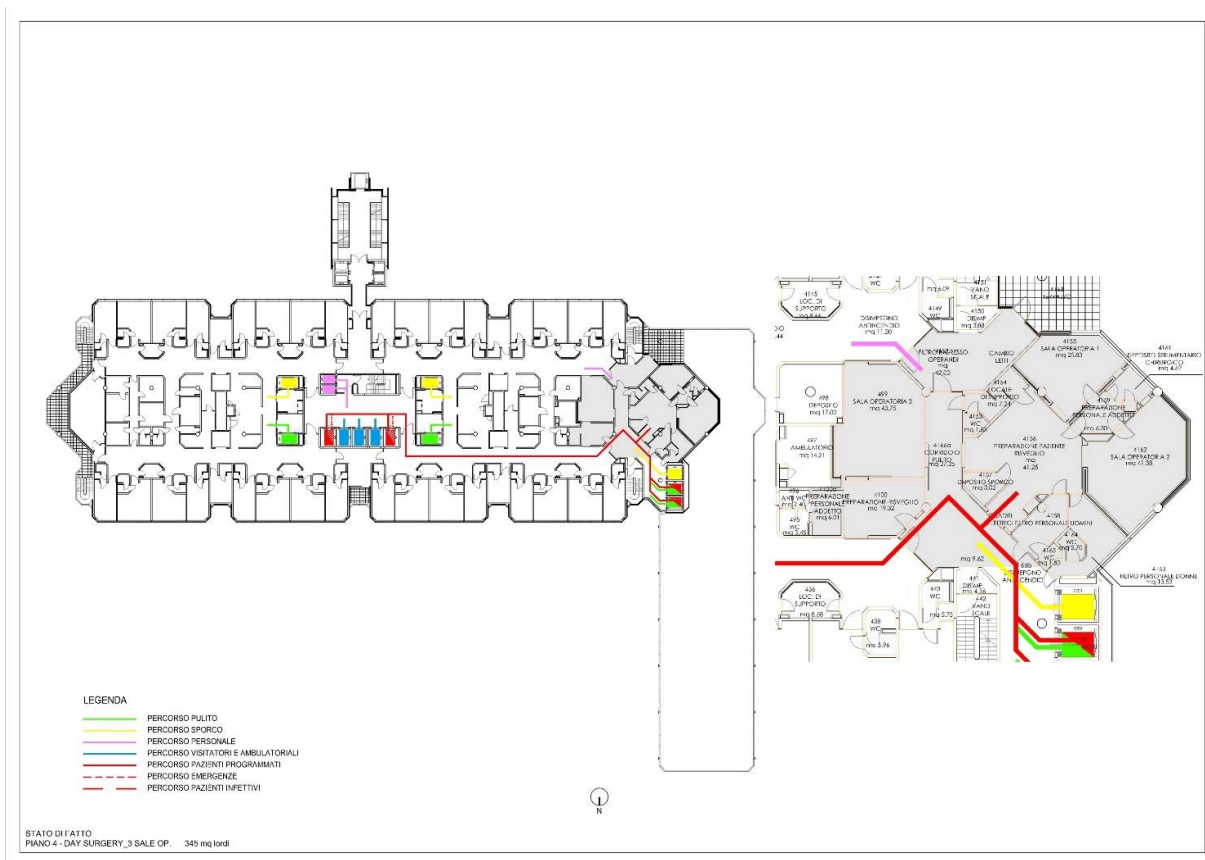


planimetria n.5

#### 4.2.1 Schema dei flussi

L'analisi dello stato di fatto evidenzia un nodo verticale (numero 4167), collegato al corridoio sporco/pulito interno al blocco, composto da tre ascensori, di cui due dedicati alle emergenze e all'arrivo del materiale pulito e uno riservato al materiale sporco, in collegamento con il piano interrato.

L'immagine mostra i principali accessi e flussi interni individuati, differenziati per le diverse tipologie di utenze (personale, paziente) e per i materiali (sporco, pulito e sterile).



planimetria n.6

#### 4.2.2 Criticità stato di fatto

La comprensione dello Stato di fatto relativa al layout attuale e al **modello organizzativo e gestionale** del settore, congiunta alle **esigenze funzionali** e dell'**utenza finale** (Riferimento Cap. 5 "Quadro esigenziale"), ha portato alla definizione dei seguenti ambiti migliorabili e criticità.

##### Ottimizzazione delle aree dedicate ai depositi

Allo stato attuale, emerge la criticità di non disporre di adeguati depositi (numero e dimensioni) a supporto dell'attività clinica.

Tale elemento, comporta l'utilizzo improprio di spazi e locali originariamente con altra destinazione d'uso.

Si evidenzia, infatti, che sia la zona preparazione/risveglio condivisa tra la sala 1 e la sala 2 e l'area di cambio letti sono utilizzate come ripostigli e deposito attrezzature.

##### Funzionalità dell'Area di ingresso e di Preparazione/risveglio pazienti

Considerando l'elevato turn over di pazienti, si considera necessaria un'ottimizzazione dell'area del cambio letti e preparazione/risveglio che, allo stato attuale, come anticipato, sono occupate da attrezzature, per migliorare, da un lato, l'accoglienza del paziente in ingresso all'unità e, dall'altro la sua gestione pre e post-intervento. Si ritiene, pertanto, indispensabile prevedere un'area di preparazione/risveglio.

##### Ottimizzazione area Sosta pazienti

---

Lo stato di fatto vede la presenza di una stanza di degenza quadrupla mista (uomini e donne) per la sosta temporanea dei pazienti, con elementi paravento che non garantiscono l'adeguato livello di privacy.

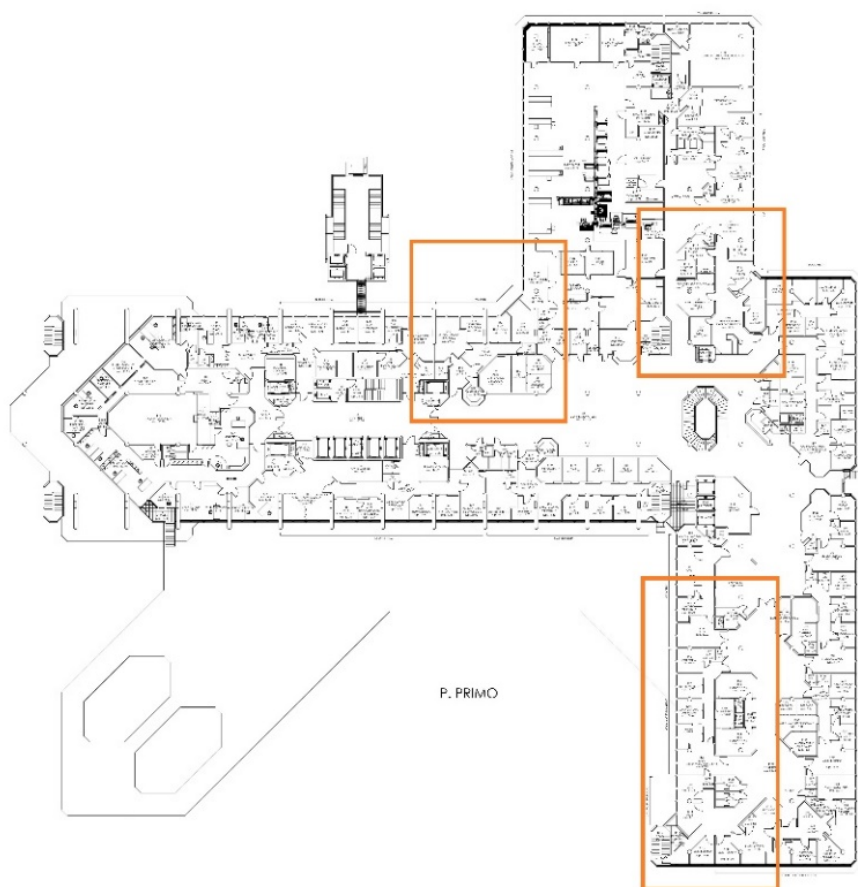
### **Dimensioni sala operatoria 1**

La configurazione dello stato di fatto vede una sala operatoria (numero 4155), principalmente utilizzata per chirurgia ambulatoriale, di dimensioni (26 mq) non adeguate a garantire un ottimale svolgimento delle attività chirurgiche complesse.

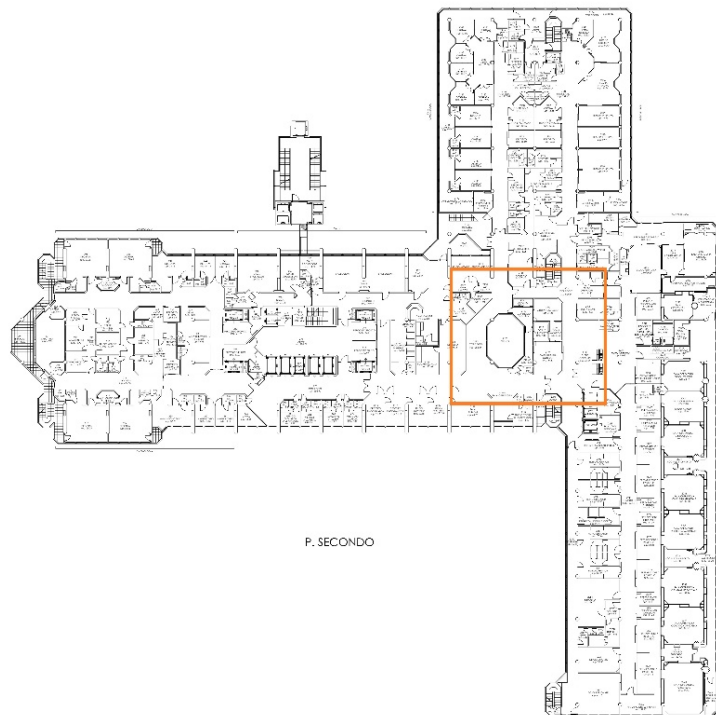
## **4.3 POLO ENDOSCOPICO**

La comprensione dello stato di fatto evidenzia che allo stato attuale non è presente un reparto strutturato dedicato alle attività endoscopiche, che sono quindi dislocate in aree diverse dell'ospedale, come segue:

- Al piano primo sono ubicate le sale di Gastroenterologia, Pneumologia, Otorinolaringoiatria e Urologia nell'ambito delle aree ambulatoriali dedicate alle singole Unità Operative;
- Al piano secondo è presente la sala di Pneumologia, in prossimità del blocco operatorio, distante dall'area ambulatoriale che è localizzata al piano primo.

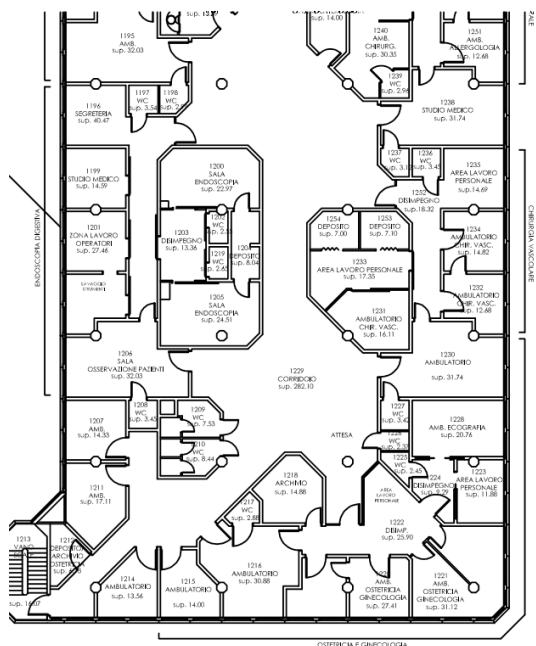


*planimetria n.7: Piano primo (SdF)*



planimetria n.8: Piano secondo (SdF)

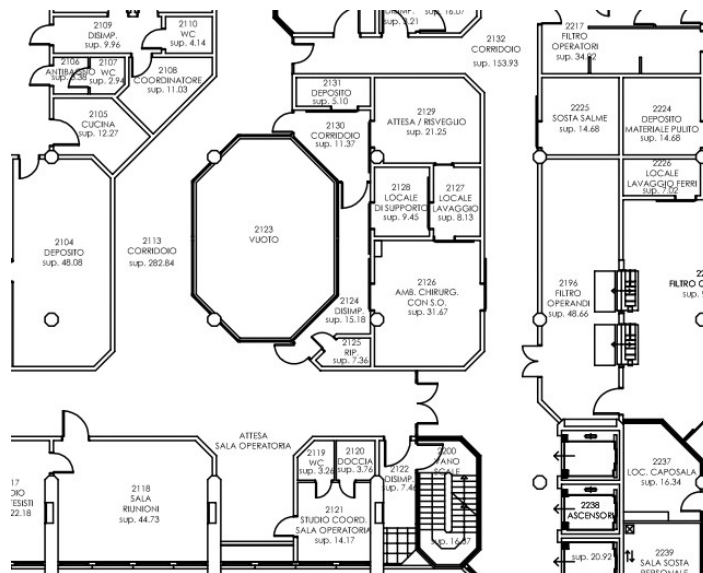
Nel dettaglio, l'UOC di **Gastroenterologia** dispone oggi di due sale endoscopiche al piano primo, ma utilizza anche la sala ibrida all'interno del blocco operatorio per le prestazioni che richiedono l'uso delle radiazioni ionizzanti. La programmazione sostenibile con le attuali risorse non è sufficiente a soddisfare le richieste sia dei pazienti interni che degli esterni ed è necessario ricorrere alle sedute aggiuntive, come evidenziato nella Relazione sanitaria.



planimetria n.9: Sale endoscopiche Gastroenterologia al piano primo (SdF)



L'UOC di **Pneumologia** dispone di una sala con colonna endoscopica per l'esecuzione delle broncoscopie localizzata al secondo piano in prossimità del blocco operatorio. La riprocessazione degli strumenti viene eseguita nei locali adiacenti alla sala.



planimetria n.12: Sale endoscopiche Pneumologia al piano secondo (SdF)

Al fine di ottimizzare le performance, unificare le attività, ottimizzare i percorsi dei pazienti e le attività di riprocessazione degli endoscopi, emerge la necessità di realizzare all'interno del Presidio San Bassiano un Polo endoscopico, una piastra unica ove far convergere le attività sopra descritte, le cui caratteristiche saranno esplicitate nel paragrafo dedicato (*Riferimento Cap. 5 "Quadro esigenziale"*).

#### 4.4 IMPIANTI TECNOLOGICI

##### 4.4.1 Impianti di climatizzazione

L'analisi dello stato di fatto si basa sulla verifica degli impianti di climatizzazione che coinvolgono due unità all'interno dell'ospedale San Bassiano, il blocco Operatorio al secondo piano e l'area Day Surgery al quarto piano.

I due reparti sono serviti da unità di trattamento aria ubicate all'interno del locale tecnico al piano 3° del blocco ospedaliero. Tale piano è interamente adibito a spazi tecnologici a servizio degli impianti di climatizzazione degli ambienti ospedalieri.

Le centrali di trattamento aria (CTA) che servono i reparti oggetto di intervento sono le seguenti.

Cod. CTA	Destinazione d'uso	Piano servito
CTA 12	AREE COMUNI BLOCCO OPERATORIO	Piano secondo
CTA 12/1	SALA OPERATORIA N.1	Piano secondo
CTA 12/2	SALA OPERATORIA N. 2	Piano secondo
CTA 12/3	SALA OPERATORIA N. 3	Piano secondo

---

CTA 12/4	SALA OPERATORIA N. 4	Piano secondo
CTA 12/5	SALA OPERATORIA N. 5	Piano secondo
CTA 12/6	SALA OPERATORIA N. 6	Piano secondo
CTA 12/7	SALA OPERATORIE N. 7	Piano secondo
CTA 12/8	SALA OPERATORIE N. 8	Piano secondo
CTA 6	AREE COMUNI DAY SURGERY	Piano quarto
CTA 6/ A	SALE OPERATORIE N. 1 E 2	Piano quarto
CTA 6/B	SALA OPERATORIA N. 3	Piano quarto

Le CTA sono alimentate dai fluidi provenienti dalla sotto-centrale (SCT) sita al piano 3° interrato del blocco D, in particolare con le linee di preriscaldamento, post riscaldamento, raffreddamento e vapore pulito.

A nord est del piano 3° è presente anche una SCT costituita da quattro scambiatori di calore che alimentano i seguenti circuiti:

- Circuito pannelli radianti scala antincendio dal piano 4° all'H";
- Circuito radiatori luoghi sicuri dal piano 4° all'II 0;
- Circuito rilancio pre-riscaldamento dal piano 3° alla SCT al piano 12°;
- Circuito rilancio post-riscaldamento dal piano 3° alla SCT al piano 12°.

Nei layout che seguono si evidenziano gli ambienti interessati dagli interventi in progetto e la posizione delle relative UTA site al piano 3°.

#### **4.4.2 Impianti elettrici e speciali**

L'analisi dello stato di fatto si basa sulla verifica degli impianti elettrici e speciali che allo stato attuale alimentano elettricamente due aree operative all'interno dell'ospedale San Bassiano, il blocco Operatorio al secondo piano e l'area Day Surgery al quarto piano.

Le due aree operative sono attualmente alimentate dalla rete preferenziale attraverso il quadro di piano e dalla rete Continuità Assoluta Medica (CAM) attraverso una doppia distribuzione radiale derivata da due diverse cabine di trasformazione.

In ogni sala operatoria (nella zona preparazione paziente) è presente un centralino su linea preferenziale che alimenta tutte le utenze non medicali presenti nella zona di competenza di ogni singola sala.

All'interno del locale tecnico posto al 3 Piano invece è presente il quadro elettrico IT-M di ogni singola sala alimentato dalla doppia rete CAM (una di soccorso).

Il Quadro IT-M di ogni sala è attualmente allacciato a due alimentazioni distinte in Continuità Assoluta Medica derivate dalle linee dorsali che transitano all'interno del locale tecnico al 3° Piano allacciate una dalla Sezione C.A. del Quadro generale QGBT della Cabina 3 e una dalla Sezione C.A. del Quadro generale QGBT della Cabina 1 (linea di soccorso).

Dal quadro IT-M di sala si derivano le linee elettriche di alimentazione delle utenze presenti all'interno delle singole sale operatorie e dell'area preparazione/risveglio paziente.

---

L'impianto di rivelazione incendi per quanto riguarda il gruppo operatorio, è attualmente allacciato alla centrale rivelazione incendio esistente al 3° Piano, mentre l'impianto di rivelazione incendio dell'area Day Surgery al quarto piano è allacciato alla centrale di rivelazione incendio posta proprio al 4° piano (Centrale F4).

Nei layout che seguono si evidenzia un diagramma distributivo della rete CAM che attualmente alimenta il gruppo operatorio, il layout dei quadri elettrici IT-M all'interno del locale tecnico al 3° Piano e il layout delle apparecchiature (quadro e UPS) delle cabine C3 e CI da dove derivano le alimentazioni CAM del Gruppo Operatorio e Day Surgery.

Per quanto riguarda il Polo Endoscopico, attualmente nel P.O. non è presente un vero e proprio Polo Endoscopico e le attività di Endoscopia vengono svolte presso degli ambulatori o sale di Endoscopia adibite a tale attività dislocate in aree diverse non specifiche ai piani. Le alimentazioni elettriche, quindi, sono derivate dai quadri di piano/zona/area dove sono presenti i locali dedicati all'attività. Gli impianti speciali sono derivati dagli esistenti presenti nell'area occupata dai locali Endoscopici. Gli attuali ambulatori o sale di Endoscopia che vengono attualmente utilizzati non saranno comunque dismessi ma resteranno attivi presso il P.O e non saranno oggetto a intervento.

#### **4.5 ATTREZZATURE E ARREDI**

L'analisi dello stato di fatto delle apparecchiature presenti all'interno del Blocco operatorio (piano secondo) e Day Surgery (piano quarto), condotta grazie ai dati condivisi dall'UOS Ingegneria Clinica, evidenzia gli aspetti di seguito riportati.

Tutte le sale operatorie al piano secondo (fatta eccezione per la sala ibrida) sono allestite con pensili con più di 20 anni di utilizzo. La maggior parte di esse presenta lampade scialitiche con più di 10 anni di utilizzo e piani operatori fissi, dai sette ai 26 anni di utilizzo, salvo la sala operatoria Emergenze-infettivi e la sala di ORL-Maxillo attrezzate con piani mobili con più di 10 anni di utilizzo e le sale di Urologia e di Ortopedia 1, con circa due anni di utilizzo.

Riguardo l'assetto del quarto piano, si registra che tutte le sale presentano attrezzature (pensili e tavoli) con oltre 15 anni di utilizzo.

Sulla base di quanto emerso in collaborazione con il servizio di Ingegneria clinica e considerando lo stato di usura delle apparecchiature, si evidenzia che il parco macchine risulta nella quasi totalità obsoleto e quindi è correttamente valutata la sua sostituzione/dismissione. Fanno eccezione:

- Le attrezzature fisse presenti nella sala ibrida di recente realizzazione, quali pensili chirurgia ed anestesia, lampada scialitica e angiografo biplano a pavimento che potranno essere recuperati.
- Le attrezzature fisse (pensili e scialitica) che sono state installate in un recente intervento di riqualificazione della sala operatoria numero 2241, appena concluso.



Figura 1: Sala ibrida con angiografo (SdF)



Figura 2: Sala Ortopedia (SdF)



Figura 3: Sala Uro radiologia (SdF)

## 5 QUADRO ESIGENZIALE

Al fine di determinare il quadro esigenziale e le richieste prestazionali, funzionali e vincolistiche relative alle aree oggetto dell'intervento, si sono evidenziati i seguenti ambiti alla base dello sviluppo progettuale:

1. Sulla base degli elementi migliorabili identificati (Riferimento Cap. 4 "Analisi dello stato di fatto"), e considerando i volumi di attività, in accordo con i vincoli del sito, si evidenzia che, per il **Blocco operatorio**, il numero adeguato da prevedere risulta pari a otto sale operatorie e una Recovery room da quattro postazioni.

Tutte le sale operatorie dovranno avere dotazioni impiantistiche che permettano la classificazione ISO 5, in modo da renderle universali e dinamiche tra le diverse specialità.

Si individuano le seguenti sale in numero e tipologia:

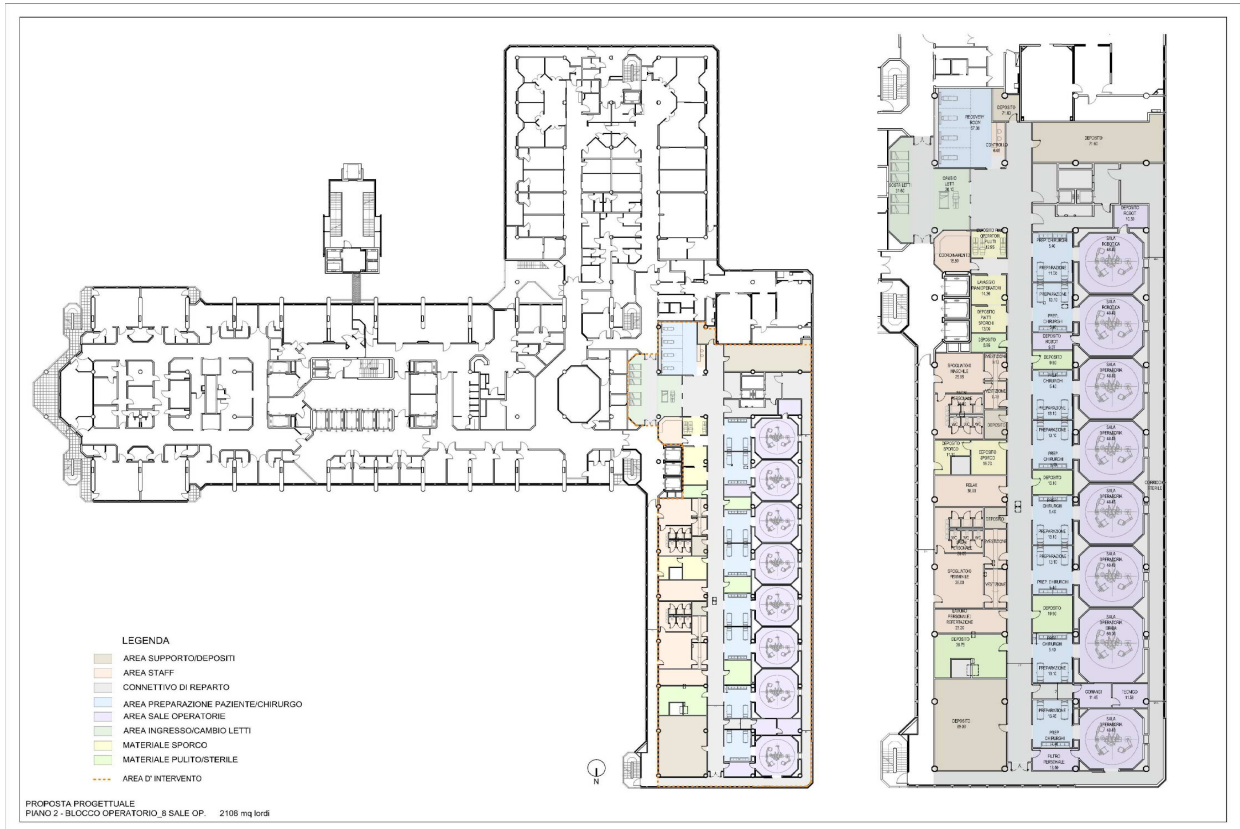
- Una sala operatoria ibrida con angiografo;
- Una sala operatoria robotica per Ortopedia;
- Una sala operatoria robotica per Urologia;
- Cinque sale operatorie multidisciplinari.

- 
2. In relazione al **Day Surgery**, si incrementano le dotazioni attualmente presenti, con la richiesta di sviluppare una proposta progettuale che preveda cinque sale operatorie, ed un'area di preparazione/risveglio centralizzata da sei postazioni. Tutte le sale dovranno avere dotazioni impiantistiche che permettano la classificazione ISO 7, declinate nelle seguenti tipologie:
    - Tre sale per le attività chirurgiche di Day/Week Surgery e ambulatoriali;
    - Due sale dedicate all'oculistica;
  3. In relazione al **Blocco Endoscopico**, si evidenzia la necessità di avere un reparto dedicato, in cui sono richieste cinque sale endoscopiche e sei postazioni preparazione/risveglio, per le seguenti attività:
    - Tre sale endoscopiche per gastroscopia di cui una con RX;
    - Una sala endoscopica per Pneumologia e ORL;
    - Una sala per Cistoscopia.

### 5.1 IPOTESI PROGETTUALE

Alla luce delle considerazioni esposte, dei fabbisogni rappresentati e degli spazi disponibili, è stata sviluppata un'ipotesi progettuale, a livello di "Documento di fattibilità delle alternative progettuali" (All.to n.1), che prevede:

- la realizzazione del Blocco operatorio composto da otto sale al piano secondo, tramite una riprogettazione del comparto già esistente, per una superficie complessiva dell'area di intervento pari a 2108 mq, come indicativamente rappresentato nelle sottostanti planimetrie n. 13 e n. 14;
- la riqualificazione del blocco di Day Surgery al piano quarto che coinvolge una superficie complessiva di 908 mq, garantendo la piena rispondenza ai fabbisogni con la previsione di realizzare cinque sale operatorie, come indicativamente rappresentato nelle sottostanti planimetrie n. 15 e n. 16;
- la collocazione del Polo Endoscopico al piano interrato occupando parte degli spazi resi disponibili con la modifica dell'attuale modalità di esecuzione del servizio Cucina e l'unificazione del Magazzino economale in altra sede istituzionale. Ciò permette la realizzazione di un Polo endoscopico composto da cinque sale, in cui far convergere parte dell'attività di gastroenterologia, ORL, pneumologia. Questa ipotesi evidenzia che gli spazi al piano interrato messi a disposizione per il Polo Endoscopico risultano sovrabbondanti. In questo caso però gli spazi residui possono essere facilmente riassegnati ad attività logistica tuttora presente al piano interrato, destinandoli ad archivio e/o magazzini, salvaguardando pienamente i percorsi logistici, sanitari e la coerenza distributiva delle funzioni del piano interrato, come indicativamente rappresentato nelle sottostanti planimetrie n. 17 e n. 18.



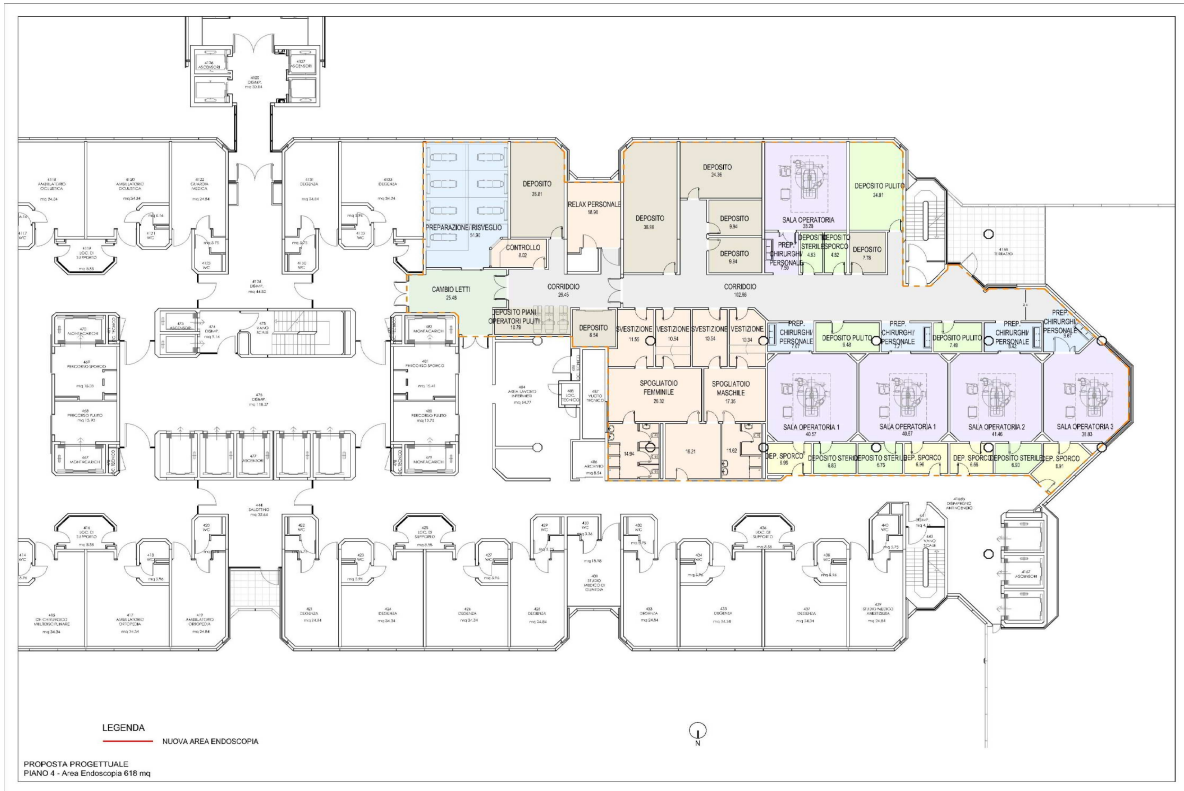
*planimetria n. 13 – g. o. secondo piano*



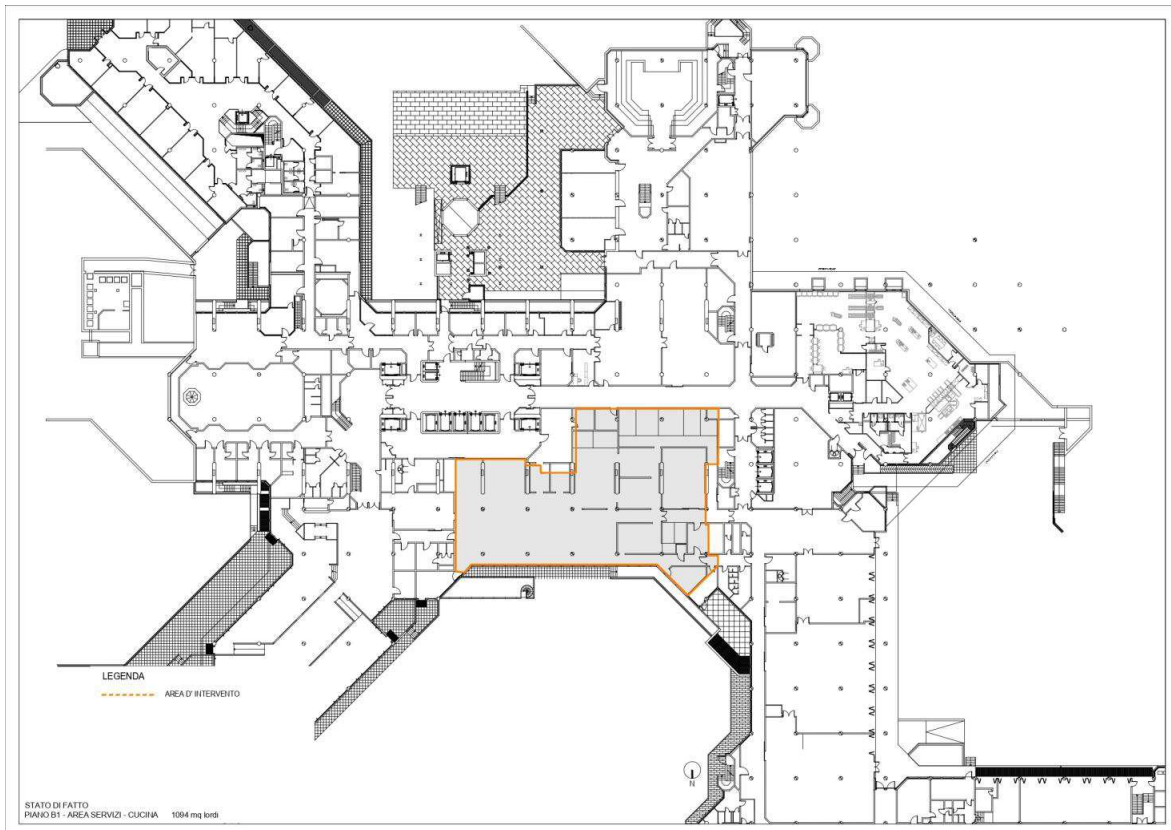
planimetria n. 14 - g. o. secondo piano



planimetria n. 15 - g. o. quarto piano



planimetria n. 16 – g. o. quarto piano



planimetria n. 17 – polo endoscopico piano -1



planimetria n. 18 – polo endoscopico piano -1

Questa ipotesi progettuale, analizzata e che si allega integralmente, si qualifica come la soluzione progettuale ottimale per l'intervento di riqualificazione.

Essa permette di:

- rispondere ai fabbisogni e alle esigenze di funzionalità espresse;
- garantire collegamenti rapidi e diretti tra il Blocco operatorio, i reparti di degenza e l'adiacente Terapia intensiva, ottimizzando il modello logistico della movimentazione dei pazienti;
- sviluppare un modello con aree a deposito e locali di supporto all'attività clinica più baricentrici e distribuiti in vicinanza all'area operatoria, migliorando la gestione di movimentazione dei materiali;
- assicurare davanti ad ogni sala operatoria una zona di preparazione paziente/chirurghi dedicata, senza richiedere il passaggio del paziente attraverso il corridoio di distribuzione promiscuo.
- ridurre i percorsi dello staff, migliorare la gestione degli spazi, grazie alla superficie regolare rettangolare a disposizione.
- garantire la non interferenza e sovrapposizione dei diversi flussi coinvolti, grazie alla riqualificazione di un'area con la medesima destinazione d'uso allo stato attuale.
- permettere l'utilizzo ottimale del vano tecnico posto al livello immediatamente superiore.

L'ipotesi progettuale relativa al Polo Endoscopico è stata pienamente sviluppata verificandone la fattibilità sulla base dei seguenti elementi di attenzione:

- le superfici a disposizione sono più che sufficienti, e gli spazi residui sono ri-assegnabili a funzioni logistiche in coerenza con l'organizzazione generale e la funzione del piano interrato;

- 
- sono salvaguardati tutti i percorsi logistici e sanitari, sia con riferimento agli accessi per il paziente interno, che del paziente in emergenza, che all'utenza ad accesso diurno;
  - sono disponibili adeguati spazi per la distribuzione impiantistica.
  - non ci sono particolari impedimenti alla cantierizzazione dell'area di intervento.

In riferimento a quanto sopra riportato, Si allega il sopracitato "Documento di fattibilità delle alternative progettuali" (All.to n.1).

## **5.2 RISPETTO DEI PRINCIPI C.A.M.**

La scelta delle forniture dei materiali dovrà rispettare tassativamente i Criteri Ambientali Minimi (CAM) Edilizia, introdotti con Decreto del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio e del mare pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.16 del 21 gennaio 2016, successivamente modificato dal Decreto del 11 ottobre 2017, che consentono alla Stazione Appaltante di ridurre gli impatti ambientali degli interventi di nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione degli edifici, considerati in un'ottica di ciclo di vita.

L'obiettivo della norma è di avviare un processo virtuoso in cui gli appalti pubblici divengano strumento utile alla riduzione degli impatti ambientali promuovendo il ricorso a modelli di produzione e consumi sostenibili, di tipo circolare, tenendo conto delle disponibilità di mercato.

## **5.3 COERENZA CON ALTRE PROGETTUALITÀ**

Nella redazione del progetto, l'affidatario dovrà tenere conto e integrare nella propria proposta le soluzioni progettuali relative ad aspetti specialistici, previste da progettazioni agli stti della Stazione Appaltante e, in particolare:

- Progetto di miglioramento sismico
- Pratica di prevenzione incendi

come di seguito meglio specificato.

### **5.3.1 Progetto di miglioramento sismico**

L'Azienda ULSS7 Pedemontana, nel corso dell'anno 2022 e 2023, ha attivato le idonee procedure per valutare la vulnerabilità sismica dell'ospedale di Bassano del Grappa, definendo i necessari interventi di miglioramento sismico, come previsto dalla L.R. n. 22/2002 - la quale indica che l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie resta subordinata alla osservanza di diversi requisiti, tra i quali il Requisito GENER08.AU.1.1 ("GENER08.AU.1.1 - Protezione antisismica - Se la struttura è ubicata in zona sismica esiste dichiarazione che essa risponda ai requisiti per la protezione antisismica") - e secondo quanto prescritto dalla DGRV n. 2129 del 23.12.2016 - che ha disposto che, per gli edifici esistenti che non rispondano ai requisiti di sicurezza e funzionalità in caso di evento sismico secondo le normative vigenti e in particolar modo in riferimento alle Norme tecniche per le costruzioni più aggiornate, le Aziende sanitarie procedano a redigere un "Piano di restauro" per il conseguimento di un miglioramento prestazionale sismico pari ad almeno il 60% di quello richiesto dalle normativa per gli edifici di nuova costruzione.

Ha pertanto affidato il servizio di analisi di vulnerabilità sismica, analisi dalla quale è emersa la necessità di interventi di miglioramento sismico, la cui tipologia e consistenza sono stati oggetto di un complessivo programma di intervento, fatto oggetto di progettazione di fattibilità tecnica ed economica.

La progettazione si è conclusa a giugno 2023, individuando un insieme di interventi che comportano:

- 
- l'esecuzione di rinforzi su elementi strutturali esistenti (pilastri, setti)
  - la cucitura dei giunti sismici esistenti
  - la realizzazione di nuovi controventamenti esterni

Vista a consistenza economica dell'intervento ma anche per motivi organizzativi, tale programma di miglioramento sismico dell'ospedale San Bassiano verrà attuato per stralci funzionali.

Un primo stralcio funzionale è stato oggetto di progettazione esecutiva ed è in procinto di essere appaltato e riguarda la chiusura dei giunti del corpo centrale fino al 12 piano, interessando principalmente le aree di degenza.

Nel secondo stralcio funzionale gli interventi previsti, di rinforzo dei pilastri e di chiusura dei giunti residui che non si sono potuti chiudere nel primo stralcio, interesseranno in modo significativo, tra le altre, le aree attualmente destinate ai settori operatori della Day Surgery (4° piano) e del Blocco Operatorio principale (2° piano), oltretutto il piano terzo, dove sono posizionate le UTA a servizio del settore operatorio, che presumibilmente dovranno essere spostate interrompendone il funzionamento.

Allo stato attuale la Stazione appaltante dispone:

- del progetto esecutivo validato dal titolo "Miglioramento sismico Ospedale San Bassiano – 1° stralcio funzionale", per quanto riguarda l'intervento di chiusura del giunto A – A', che si allega (All.to n. 2 - Miglioramento sismico PE completo 1° stralcio);
- del "Progetto di fattibilità tecnica ed economica" - PFTE, per i rimanenti interventi, che si allega (All.to n. 3 - Miglioramento sismico PFTE Stralci funzionali).

Viene, pertanto, data precisa indicazione affinché la progettazione che seguirà il presente DIP, preveda la realizzazione della porzione di interventi, siano essi contenuti nel validato progetto esecutivo o previsti dal PFTE, ricadenti nelle aree oggetto di ristrutturazione del settore operatorio del day/week surgery e del polo endoscopico dell'ospedale San Bassiano.

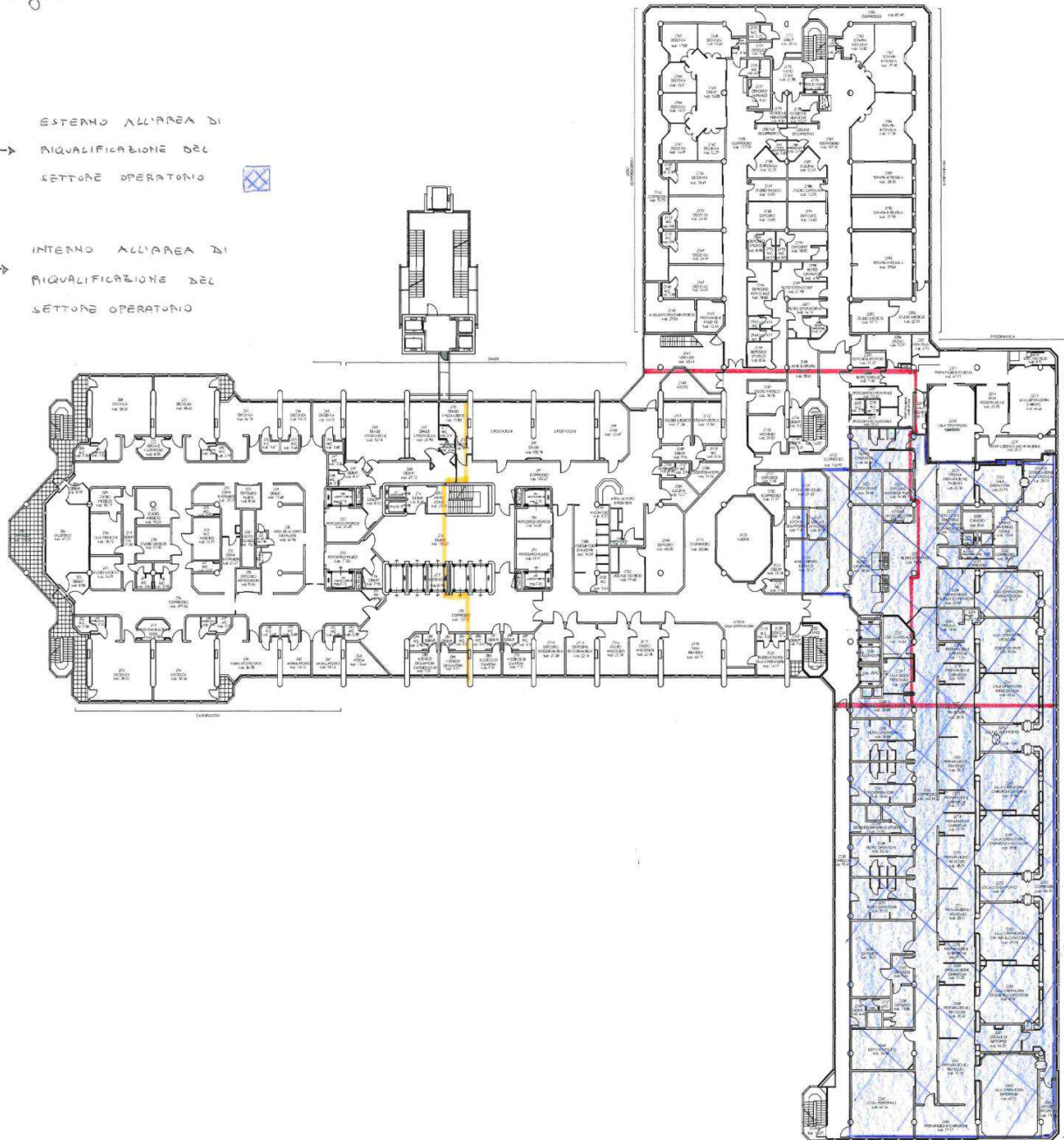
Di seguito si riportano i grafici, a livello schematico e puramente indicativo, che evidenziano le tipologie di intervento di miglioramento sismico che insistono nelle aree oggetto del presente Documento di indirizzo della progettazione.

- migli. sismico

ESTERNO ALL'AREA DI  
→ RIQUALIFICAZIONE DEL  
SETTORE OPERATIVO



INTERNO ALL'AREA DI  
→ RIQUALIFICAZIONE DEL  
SETTORE OPERATIVO




*Interventi di miglioramento sismico previsti al piano secondo (Gruppo Operatorio)*

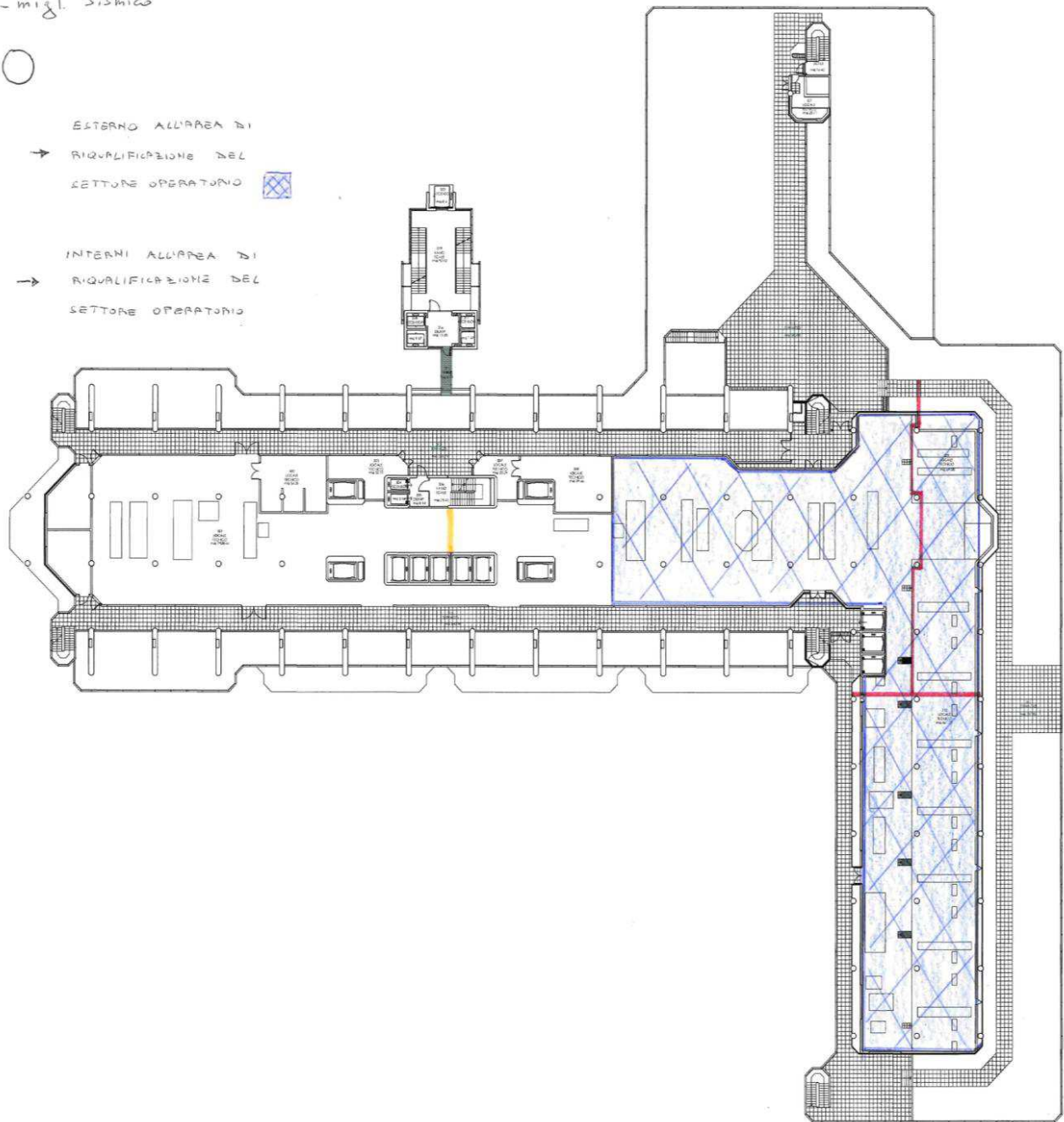
*----- chiusura giunto A – A' esterno all'area di ristrutturazione del settore operatorio*

*----- chiusura altri giunti interni all'area di ristrutturazione del settore operatorio*

- migli. sismico

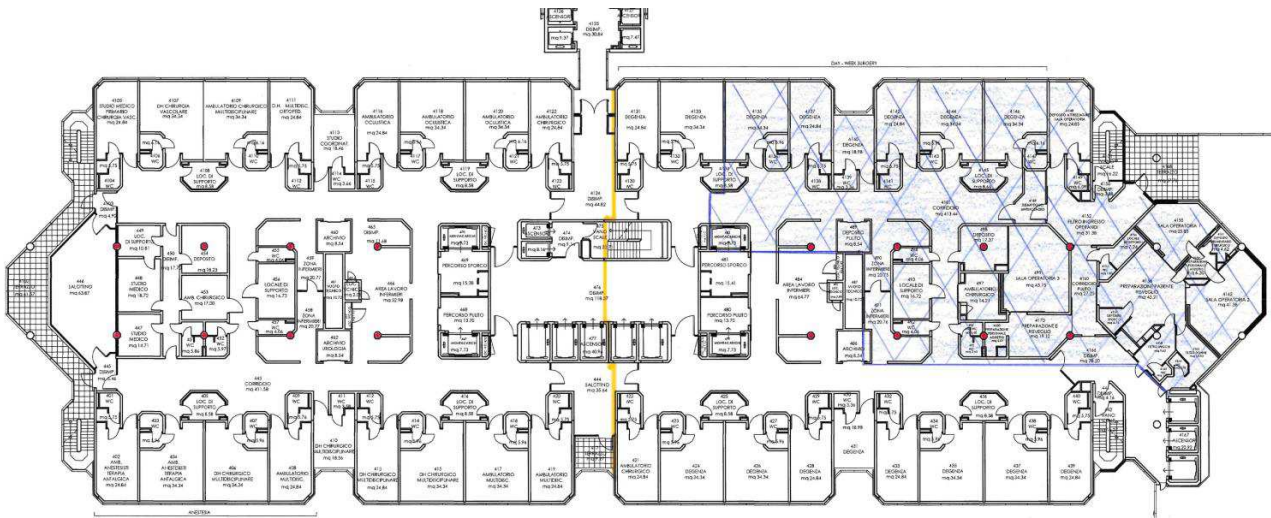


- ESTERNO ALL'AREA DI  
→ RIQUALIFICAZIONE DEL  
SETTORE OPERATIVO 
- INTERNI ALL'AREA DI  
→ RIQUALIFICAZIONE DEL  
SETTORE OPERATIVO



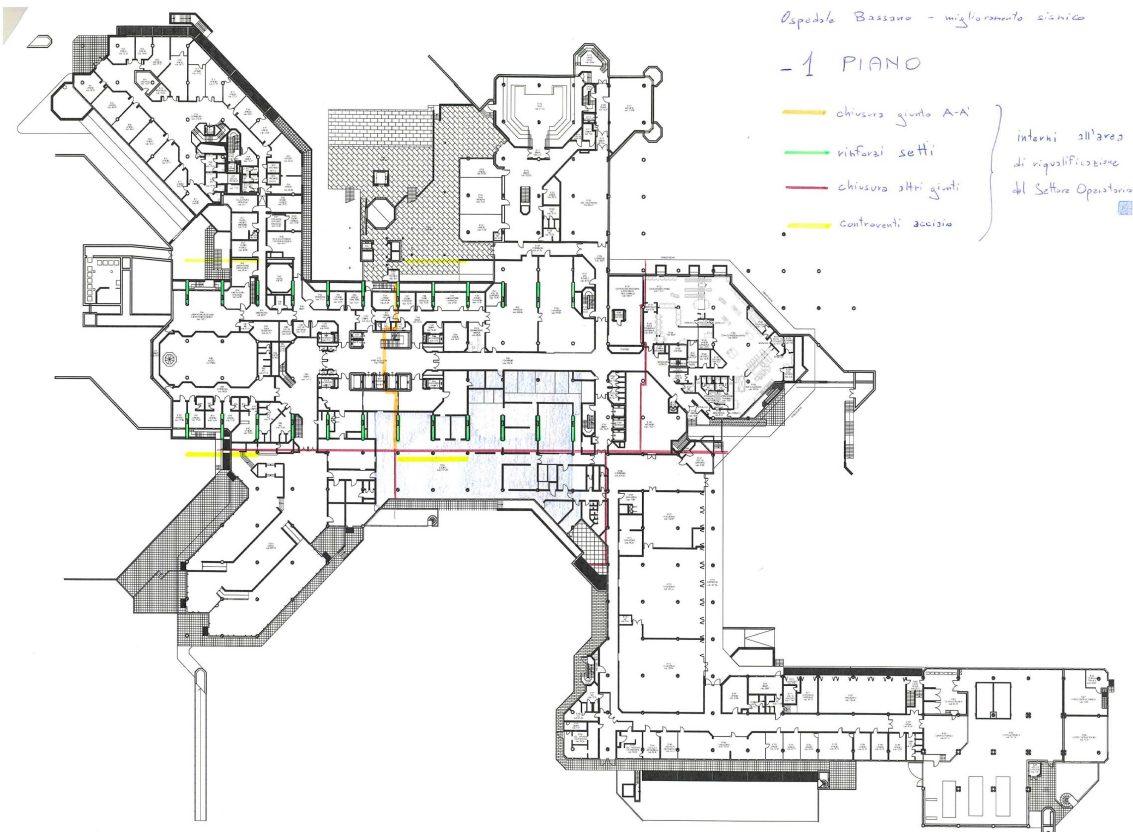
*Interventi di miglioramento sismico previsti al piano terzo (vano tecnico a servizio del Gruppo Operatorio)*

- chiusura giunto A – A' esterno all'area di ristrutturazione del settore operativo*
- chiusura altri giunti interni all'area di ristrutturazione del settore operativo*



*Interventi di miglioramento sismico previsti al piano quarto (Gruppo Operatorio di Week Surgery)*

- chiusura giunto A – A' esterno all'area di ristrutturazione del settore operatorio
- chiusura altri giunti interni all'area di ristrutturazione del settore operatorio



*Interventi di miglioramento sismico previsti al piano primo interrato -1 (Polo endoscopico)*

- chiusura giunto A – A'
- chiusura altri giunti interni

---

----- realizzazione di controventi in acciaio

----- rinforzo setti

### 5.3.2 Progetto di prevenzione incendi

L'Azienda ULSS7 Pedemontana, inoltre, analogamente ai progetti di miglioramento sismico di cui al precedente paragrafo, ha affidato la redazione del "Progetto di prevenzione incendi" che prevede l'adeguamento globale del fabbricato al DM 19/03/2015 all'**attività principale 68/5.C** e alle altre seguenti attività secondarie:

- 2 - Impianti di compressione o di decompressione dei gas infiammabili e/o comburenti con
- potenzialità superiore a 50 Nmc/h;
- 5 - Depositi di gas comburenti compressi e/o liquefatti in serbatoi fissi e/o recipienti mobili
- per capacità geometrica complessiva superiore o uguale a 3 mc;
- 34 - Depositi di carta, cartoni e prodotti cartotecnici, archivi di materiale cartaceo,
- biblioteche, depositi per la cernita della carta usata, di stracci di cascami e di fibre tessili
- per l'industria della carta, con quantitativi in massa superiori a 5.000 kg;
- 38 - Stabilimenti ed impianti ove si producono, lavorano e/o detengono fibre tessili e
- tessuti naturali e artificiali, tele cerate, linoleum e altri prodotti affini, con quantitativi in
- massa superiori a 5.000 kg;
- 49 - Gruppi per la produzione di energia elettrica sussidiaria con motori endotermici ed
- impianti di cogenerazione di potenza complessiva superiore a 25 kW;
- 65 - Locali di spettacolo e di trattenimento in genere, impianti e centri sportivi, palestre, sia
- a carattere pubblico che privato, con capienza superiore a 100 persone ovvero di
- superficie lorda in pianta al chiuso superiore a 200 mq;
- 70 - Locali adibiti a depositi di superficie lorda superiore a 1000 mq con quantitativi di
- merci e materiali combustibili superiori complessivamente a 5000 kg;
- 74 - Impianti per la produzione di calore alimentati a combustibile solido, liquido o gassoso
- con potenzialità superiore a 116 kW.

Tale progetto, al fine di essere recepito, potrà essere disponibile nel corso delle fasi di affidamento della progettazione oggetto del presente DIP. Si dispone, comunque, l'interfacciamento con lo studio di progettazione incaricato alla sua redazione per l'allineamento necessario delle opere di prevenzione incendi ricadenti nelle aree oggetto di ristrutturazione del settore operatorio del day/week surgery e del polo endoscopico.

A tal proposito si evidenzia che:

- l'area in ristrutturazione sita al secondo piano non subirà sostanziali variazioni di destinazione d'uso, si confrontino le planimetrie n. 1 e 2 con planimetrie n. 13 e 14;
- l'area in ristrutturazione sita al quarto piano subirà parziali variazioni di destinazione d'uso, si confrontino planimetrie n. 3 e 4 con planimetrie n. 15 e 16;
- l'area in ristrutturazione sita al primo piano interrato (-1) subirà una radicale variazione di destinazione d'uso, si confrontino le planimetrie n. 17 e 18;

---

## 5.4 ATTREZZATURE DI SALA

Per quanto riguarda, invece, le attrezzature, si sono evidenziate le seguenti dotazioni minime da prevedere per ogni sala:

### 5.4.1 Blocco operatorio - secondo piano

#### Lampade scialitiche

Lampada scialitica doppia con tecnologia a LED ad alte prestazioni, aventi le seguenti caratteristiche minime:

- CRI > 95, temperatura colore regolabile (3.500–5.000 K);
- controllo digitale e sistema shadow management;
- configurazioni specifiche per sala ibrida, robotica, oculistica;
- con predisposizione per installazione di telecamera integrata;
- con controllo touch e fascio regolabile.

#### Tavoli Operatori

Tavolo operatorio con le seguenti caratteristiche minime:

- Mobile, a piani trasferibili, completo di 2 piani e carello;
- Elettro-idraulico, modulare, radiotrasparente;
- Compatibili con imaging e robotica, se richiesto;
- Personalizzati per specialità chirurgica.

#### Stativi pensili

Stativi pensili con le seguenti caratteristiche minime:

- 1 pensile chirurgico comprensivo di prese elettriche, rete dati e braccio portastrumenti;
- 1 pensile anestesilogico (comprensivo di prese gas medicali, prese elettriche, supporti per monitor e ventilatore).

### 5.4.2 Blocco operatorio Day Surgery – quarto piano

#### Lampade scialitiche

Lampada scialitica doppia con tecnologia a LED ad alte prestazioni, aventi le seguenti caratteristiche minime:

- CRI > 95, temperatura colore regolabile (3.500–5.000 K);
- controllo digitale e sistema shadow management;
- configurazioni specifiche per sala ibrida, robotica, oculistica;
- con predisposizione per installazione di telecamera integrata;
- con controllo touch e fascio regolabile.

#### Tavoli Operatori

Tavolo operatorio con le seguenti caratteristiche minime:

- Mobile, a piani trasferibili, completo di 2 piani e carello;
- Elettro-idraulico, modulare, radiotrasparente;
- Compatibili con imaging e robotica, se richiesto;

- 
- Personalizzati per specialità chirurgica.

#### Stativi pensili

Stativi pensili con le seguenti caratteristiche minime:

- 1 pensile chirurgico comprensivo di prese elettriche, rete dati e braccio portastrumenti;
- 1 pensile anestesilogico (comprensivo di prese gas medicali, prese elettriche, supporti per monitor e ventilatore).

### **5.4.3 Polo Endoscopico**

#### Lampade scialitiche

Lampada scialitica doppia con tecnologia a LED ad alte prestazioni, aventi le seguenti caratteristiche minime:

- CRI > 90, intensità regolabile;
- Con predisposizione per installazione di telecamera integrata;
- Con braccio per secondo monitor;
- con controllo touch e fascio regolabile.

#### Tavoli per endoscopia

- Tavolo procedurali regolabili elettricamente

#### Stativo pensile per colonna endoscopica

- Pensile con configurazione semplificata

## **6 LIVELLI DI PROGETTAZIONE E ELABORATI GRAFICI E DESCRITTIVI ATTESI**

Ai sensi dell'art. 41 del Nuovo Codice Appalti (D. Lgs. 36/2023) dovrà essere prodotto un "Progetto di fattibilità tecnica ed economica" (PFTE) da porre a base di gara per un appalto integrato.

Nello specifico il livello di progettazione prevede i seguenti elaborati:

### **6.1 PFTE (SEZIONE II DELL'ALLEGATO I.7 DEL D.LGS. 36/2023 E SS.MM.II.)**

1. relazione generale;
2. relazione tecnica, corredata di rilievi, accertamenti, indagini e studi specialistici;
3. relazione di sostenibilità dell'opera;
4. rilievi plano-altimetrici e stato di consistenza delle opere esistenti e di quelle interferenti nell'immediato intorno dell'opera da progettare;
5. modelli informativi e relativa relazione specialistica, nei casi previsti dall'articolo 43 del codice;
6. elaborati grafici delle opere, nelle scale adeguate, integrati e coerenti con i contenuti dei modelli informativi, quando presenti;
7. computo estimativo dell'opera;
8. quadro economico di progetto;
9. cronoprogramma;

- 
10. piano di sicurezza e di coordinamento, finalizzato alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori nei cantieri, ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, nonché in applicazione dei vigenti accordi sindacali in materia. Stima dei costi della sicurezza. Il piano di sicurezza e di coordinamento può essere supportato da modelli informativi;
  11. piano di gestione informativa da redigere sulla base dell'offerta informativa. Il capitolato informativo conterrà al proprio interno le specifiche relative alla equivalenza dei contenuti informativi presenti nei documenti nei confronti dei livelli di fabbisogno informativo richiesti per i modelli informativi;
  12. piano preliminare di manutenzione dell'opera e delle sue parti. Il piano di manutenzione può essere supportato da modelli informativi;
  13. piano preliminare di monitoraggio geotecnico e strutturale;
  14. schema di contratto e capitolato speciale di appalto;

La progettazione dovrà essere eseguita nel rispetto dei CAM, della normativa di riferimento e delle valutazioni propedeutiche alla progettazione di seguito riportate.

## **7 ULTERIORI PRESTAZIONI E VALUTAZIONI PROPEDEUTICHE ATTESE**

Per la progettazione di quanto qui esposto, oltre al rispetto delle normative di settore, saranno da prevedere le seguenti attività propedeutiche:

- Rilievo geometrico dell'area e trasposizione grafica dello stato di fatto;
- Rilievo degli impianti e dei vincoli esistenti, in particolare quelli oggetto di intervento;
- Verifica di rispondenza delle dotazioni impiantistiche, di cui al punto precedente.

## **8 MODALITA' DI REDAZIONE DEL PROGETTO**

La progettazione sarà improntata a criteri di sostenibilità ambientale ed efficienza energetica e si svilupperà attraverso l'applicazione della metodologia BIM (Building Information Modelling) in tutte le fasi progettuali.

La progettazione deve essere improntata ai seguenti criteri:

### **1. Organizzazione delle informazioni**

Gli elaborati progettuali devono essere studiati, ai livelli di dettaglio coerenti con la specifica fase progettuale, in modo tale che le informazioni siano univoche e rintracciabili, specifiche, esaustive, rispettose della libera concorrenza, prodotte in documenti unitari.

### **2. Univocità e rintracciabilità**

Ogni elemento, componente o materiale, considerato nel progetto deve essere univocamente individuato, onde consentire la inequivocabile rintracciabilità nei differenti elaborati, preferibilmente attraverso un codice che lo riconduca agevolmente dalla tavola grafica alla descrizione delle caratteristiche tecniche e prestazionali e delle modalità di posa in opera, al prezzo unitario, al computo metrico e alla stima del costo, alle relazioni di calcolo, al capitolato speciale d'appalto

### **3. Specificità**

---

Gli elaborati devono contenere soltanto le informazioni relative al progetto a cui si riferisce l'incarico.

#### **4. Esaustività**

Ciascun elemento, componente e materiale considerati nel progetto deve essere individuato attraverso le seguenti caratteristiche:

- geometriche, morfologiche e dimensionali (elaborazione grafica);
- tecniche e prestazionali (capitolato, relazioni di calcolo, relazioni di analisi e valutazione delle opzioni proposte in ordine alle specifiche discipline interessate) manutentive (documenti del piano di manutenzione);
- di sicurezza (documenti del piano di sicurezza e coordinamento);
- economiche (computi metrici, elenchi e analisi dei prezzi, stime dei costi di investimento e dei loro riflessi sui corrispondenti costi di gestione a regime, ...).

#### **5. Unitarietà del progetto e coordinamento fra specializzazioni**

Il progetto deve costituire, nei contenuti e nella forma, la risultante organica del coordinamento di più discipline specialistiche.

In ordine ai contenuti, le informazioni dei differenti elaborati del progetto devono essere coerenti tra loro e con le altre opzioni progettuali ad esse collegate.

Circa la forma, i documenti progettuali devono essere redatti in modo omogeneo evitando il mero assemblaggio di contributi eterogenei (criteri, modalità e/o software diversi, ridondanze o difficoltà di raffronto tra elaborati, ...).

Deve essere dimostrata, al livello di dettaglio rispondente alla fase progettuale, la fattibilità delle proposte anche sotto l'aspetto della reciproca compatibilità tra impianti, strutture e opere edilizie.

#### **6. Rispetto delle esigenze**

Il progetto è considerato completo e conforme se risponde alle esigenze della stazione appaltante espresse nel presente documento.

Il coinvolgimento della stazione appaltante, nell'elaborazione progettuale, è considerato indispensabile anche ai fini della sistematica verifica di rispondenza delle specifiche opzioni proposte alle indicazioni nel Documento di Indirizzo alla Progettazione e di una, se necessario, specificazione di queste ultime.

#### **7. Conformità normativa**

Il progetto deve risultare conforme in ogni sua parte alle disposizioni di legge ed agli atti amministrativi emanati per la loro applicazione, intendendosi le fonti normative richiamate in questo documento indicative e non esaustive.

Nel dubbio delle fonti giuridiche da utilizzare (es.: in merito a prescrizioni, metodi di calcolo o di verifica, altri aspetti applicativi, ...) e delle norme tecniche da applicare alle componenti di maggior rilievo, l'affidatario deve preventivamente concordarle con il responsabile unico del procedimento (RUP).

Le norme tecniche devono essere individuate preferibilmente in ambito europeo (norme EN).

In carenza di tali riferimenti o in funzione di elevati standard qualitativi dell'opera, l'affidatario può motivatamente proporre riferimenti tecnici di altri paesi o di associazioni di categoria (norme DIN, NF, SIA, ASTM, ASHRAE, codici di buona pratica, ...).

L'entrata in vigore di norme giuridiche o la formalizzazione di norme tecniche che modificano, nel corso della progettazione, quelle individuate nel piano di sviluppo del progetto comportano la corrispondente modificazione di queste ultime, in modo tale che il progetto risulti conforme alle norme giuridiche ed a quelle tecniche vigenti al momento della sua consegna all'Amministrazione appaltante.

---

## 8. Conformità ai vincoli autorizzativi

L'affidatario deve garantire la rispondenza del progetto alle prescrizioni e indicazioni ricevute, in fase interlocutoria, dagli enti preposti al rilascio delle autorizzazioni di legge e quindi:

- redigere, nei tempi e nei modi stabiliti da ciascun ente, la documentazione occorrente per l'ottenimento delle autorizzazioni necessarie al compimento dell'opera;
- rapportarsi con gli enti (singolarmente o attraverso la predisposizione di quanto necessario all'indizione della conferenza dei servizi) ed uniformarsi alle loro indicazioni sin dalle fasi iniziali della progettazione apportare al progetto le modifiche o integrazioni da essi richieste, senza che questo comporti slittamenti o ritardi nei tempi di consegna contrattualmente stabiliti.

## 9. Riduzione del rischio di imprevisti

Il progetto deve essere sviluppato in modo da minimizzare il rischio di imprevisti in tutte le fasi del ciclo dell'opera (dalla progettazione al collaudo) e, in tal senso, all'Affidatario compete l'onere di effettuare: i rilievi e le analisi di definizione dello stato di fatto; le verifiche e gli accertamenti propedeutici alla osservanza dei vincoli individuati.

I rilievi e le analisi propedeutici alla progettazione devono documentare:

- L'adeguatezza degli impianti generali esistenti a soddisfare le esigenze energetiche delle aree oggetto di progettazione
- L'affidatario è tenuto ad effettuare - con tutti gli Enti la cui giurisdizione interagisce con il progetto le verifiche necessarie ad assicurare il rispetto dei vincoli di legge e l'eliminazione del rischio di imprevisti per carenze valutazioni. Il progetto deve essere conforme ai vincoli rilevati.

## 9 COLLAUDO STATICO

Il collaudatore statico delle opere realizzate è già stato individuato tramite altro appalto.

## 10 ALLEGATI AL PRESENTE DOCUMENTO

Gli allegati al DIP sono disponibili presso il Google Drive messo a disposizione della Stazione appaltante.

## 11 QUALIFICAZIONE DELL'INTERVENTO E IVA

L'intervento prevede "*interventi rivolti a trasformare gli organismi edilizi mediante un insieme sistematico di opere che possono portare ad un organismo edilizio in tutto o in parte diverso dal precedente. Tali interventi comprendono il ripristino o la sostituzione di alcuni elementi costitutivi dell'edificio, l'eliminazione, la modifica e l'inserimento di nuovi elementi ed impianti*" (cfr. DPR 380/2001 art. 3 comma 1 lett. d) e pertanto di configura come **intervento di ristrutturazione edilizia** e pertanto soggetto **IVA al 10%** per i lavori e per la progettazione esecutiva giacché affidata in appalto integrato.

---

## 12 LIMITI ECONOMICI DEL PROGETTO

QUADRO ECONOMICO	
IMPORTO LAVORI	
Opere edili	6.450.000,00
Opere strutturali	1.450.000,00
Impianti idrici, sanitari, antincendio	1.150.000,00
Impianti meccanici	3.150.000,00
Impianti elettrici	3.580.000,00
TOTALE	15.780.000,00
ONERI PER LA SICUREZZA	468.000,00
TOTALE IMPORTO LAVORI	16.248.000,00
TOTALE SOMME A DISPOSIZIONE	8.752.000,00
TOTALE COMPLESSIVO	25.000.000,00

## 13 ALLEGATI

- All.to n. 1 – DOCFAP\_rev00
- All.to n. 2 - Miglioramento sismico PE completo 1° stralcio
- All.to n. 3 - Miglioramento sismico PFTE Stralci funzionali