



Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici
Prima Sezione

A

ASL CN1 - Cuneo
via Carlo Boggio, 12
12100 Cuneo
protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

Direttore Generale
dott. Giuseppe GUERRA
segreteria.direzione@aslcn1.it

Responsabile unico del progetto
ing. Francesca Maria MORENA
francescamaria.morena@aslcn1.it

e p.c. **Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici**
Segreteria Generale
consiglio.superiore@pec.mit.gov.it

Oggetto: Voto 74_2025. Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica per la realizzazione del “Nuovo Ospedale Unico del Quadrante Nord Ovest della Provincia di Cuneo (Saluzzo - Savigliano - Fossano)” - CUP I45F21001490001. Trasmissione copia.

Con riferimento alla richiesta di parere di cui all’oggetto formulata con nota prot. 10438.03-09-2025 e assegnata a questa Sezione con nota prot. 10470.04-09-2025 per l’espressione del parere di competenza, si tramette in allegato copia del Voto emesso nell’Adunanza del 20 ottobre 2025.

IL SEGRETARIO DELLA PRIMA SEZIONE
arch. Maria MIANO



Maria MIANO
Ministero delle Infrastrutture
e dei Trasporti



Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici
Prima Sezione

Adunanza del 20 ottobre 2025

Protocollo n. 74/2025

Oggetto: Progetto di fattibilità tecnico-economica per la realizzazione del “Nuovo Ospedale Unico del Quadrante Nord Ovest della Provincia di Cuneo (Saluzzo - Savigliano - Fossano)”.
CUP I45F21001490001

LA SEZIONE

VISTA la nota prot. 10438.03-09-2025 e relativi allegati con la quale ASL CN 1 ha trasmesso al Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici la richiesta di espressione parere per quanto indicato all’oggetto;

VISTA la nota prot. 10470.04-09-2025 con la quale l’Affare è stato trasmesso a questa Sezione, competente per l’espressione del parere richiesto;

VISTA la nota prot. 10528.05-09-2025 con la quale è stata nominata la Commissione relatrice;

VISTA la nota prot. 10915.17-09-2025 con la quale la Sezione ha trasmesso una richiesta di chiarimenti;

VISTE le note prot. 11144.24-09-2025, prot. 11882.09-10-2025 e prot. 12001.13-10-2025 con le quali ASL CN 1 ha dato riscontro alla suddetta richiesta;

ESAMINATI gli atti;

UDITA la Commissione relatrice (*omissis*)

PREMESSO

Con nota acquisita agli atti di questo Consesso al prot. 10438.03-09-2025 la ASL CN1, ha trasmesso la richiesta di parere di competenza di questo Consesso in merito al progetto di fattibilità tecnico-economica (PFTE) per la realizzazione del “Nuovo Ospedale Unico del Quadrante Nord Ovest della provincia di Cuneo (Saluzzo - Savigliano - Fossano)”.

Unitamente alla richiesta di parere, da inquadrare nell’ambito di un procedimento avviato ai sensi del D.lgs. 36/2023 (nel seguito Codice dei contratti), e attraverso il link in essa contenuto, il Proponente ha trasmesso:

- la nota di indizione della Conferenza di Servizi (Allegato A)
- la *Relazione di istruttoria* a firma del RUP (Allegato B) recante in allegato:
 - Quadro economico (Allegato 1)
 - Lista di controllo verifica preventiva di primo livello (Allegato 2)
- la quietanza dell’avvenuto pagamento contributo per esame ai sensi dell’art. 8, co. 2-bis dell’Allegato I.11 del D.lgs. 36/2023 (Allegato C).

Come riportato nell’*Elenco elaborati PFTE* (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0000_r00-EE PFTE), la cartella condivisa contiene gli elaborati di progetto (in formato .pdf e .p7m) che risultano essere organizzati nelle seguenti sottocartelle:

GE_GENERALE	n. 73 elaborati
HS_SICUREZZA	n. 2 elaborati
DC_RACCOLTA DATI, RILIEVI E INDAGINI	n. 15 elaborati
GT_GEOLOGIA	n. 1 elaborato
AC_ACUSTICA	n. 2 elaborati
EX_OPERE ESTERNE	n. 59 elaborati
AR_ARCHITETTONICO	n. 100 elaborati
FF_PREVENZIONE INCENDI	n. 13 elaborati
ST_STRUTTURE	n. 104 elaborati
ME_IMPIANTI MECCANICI	n. 144 elaborati
EL_IMPIANTI ELETTRICI	n. 155 elaborati
RELAZIONE PAESAGGISTICA	n. 1 elaborato + allegati
per un totale di	n. 669 elaborati + allegati

A seguito di un primo esame, la Sezione ha inviato al Richiedente la nota 10915.17-09-2025 il cui contenuto si riporta qui di seguito pressoché integralmente:

“... a seguito di un primo esame della documentazione trasmessa in allegato alla suddetta istanza e di quanto contenuto nella Relazione di istruttoria del Responsabile unico del progetto, [si] chiede di fornire chiarimenti in merito alla procedura di affidamento della quale si intende avvalersi per le successive fasi di progettazione e realizzazione dell’opera di cui trattasi.

Qualora la procedura prevista sia l’appalto integrato, si rammenta che il progetto di fattibilità tecnico economica dovrà essere integrato con i documenti indicati al comma 2 dell’art. 21 dell’Allegato I.7 del D.lgs. 36/2023”.

Alla suddetta richiesta è stato fornito un primo riscontro con nota prot. 11144.24-09-2025 con la quale il RUP ha comunicato che:

“ (....) ”

- *l'avvio dell'iter progettuale è avvenuto secondo il DLgs 50/2016, vigente al momento dell'indizione della procedura di gara per l'affidamento del servizio di progettazione;*
- *a seguito di nota da parte di INAIL, accertata la necessità di elaborare una progettazione su due livelli ai sensi del D.Lgs. 36/2023, si approvava lo schema di Atto aggiuntivo al contratto principale (addendum), con il quale si esercitava l'opzione "progettazione definitiva" del contratto, ridefinendo l'incarico nella redazione di un PFTE con i contenuti di cui agli artt. da 6 a 21 dell'allegato I.7 al Nuovo Codice;*
- *lo schema d'accordo tra Regione Piemonte, INAIL e ASL CN1, approvato con DGR 18-8558/2024, prevedeva in relazione all' Appalto dei lavori di costruzione quanto segue: "L'INAIL si impegna a indire la gara d'appalto integrato sulla base del progetto di fattibilità tecnico economica fornito dalla ASL CN1 oppure, qualora le parti lo concordino, ad indire la gara d'appalto lavori sulla base del progetto esecutivo fornito dalla ASL CN1, stipulando a propria cura e spese il contratto d'appalto di cui sarà unico titolare e si impegna a curare l'esecuzione dei lavori con il proprio RUP affidando la Direzione dei lavori, il coordinamento per la sicurezza in fase di esecuzione e il collaudo, anche statico, a propri tecnici o a tecnici esterni";*
- *con nota prot. 0110989 del 20/08/2025 ASL CN1, la Regione Piemonte ha confermato la previsione di consegnare a INAIL un progetto di fattibilità tecnico-economica sulla base dei quali indire procedure di appalto integrato".*

In conclusione, alla già menzionata nota, il RUP scriveva:

"Si conferma che la procedura della quale si intende avvalersi per le successive fasi di progettazione e realizzazione dell'opera è quella dell'appalto integrato.

Pertanto, si provvederà all'integrazione della documentazione di progetto inviata con i seguenti documenti:

- *capitolato informativo;*
- *piano di sicurezza e coordinamento;*
- *piano di manutenzione dell'opera e delle sue parti;*
- *capitolato speciale d'appalto - parte tecnica*

entro la data del 10 ottobre 2025".

Successivamente, con note prot. 11144.24-09-2025, prot. 11882.09-10-2025 e prot. 12001.13-10-2025, il Proponente ha dato seguito a quanto sopra riportato trasmettendo n. 45 file .pdf inerenti alle tematiche oggetto della richiesta di integrazione documentale.

Per un inquadramento generale del progetto, si riporta, di seguito, pressoché integralmente, la *Relazione di istruttoria* del RUP.

RELAZIONE DI ISTRUTTORIA

1. Introduzione

La presente relazione ha l'obiettivo di presentare il progetto di fattibilità tecnica ed economica del nuovo ospedale del quadrante nord ovest della Provincia di Cuneo al Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici, al fine dell'espressione del parere di competenza ai sensi dell'art. 38 c. 4 e dell'art. 47 c. 3 del D.Lgs. 36/2023.

La richiesta di parere, ai sensi dell'art. 38 sopra citato, viene inviata contestualmente all'indizione della Conferenza dei Servizi in forma semplificata per l'approvazione del PFTE e della localizzazione dell'opera da realizzarsi.

Il nuovo ospedale dell'ASL CN1 rientra nell'ambito più vasto della pianificazione sociosanitaria regionale e costituisce un'occasione di risposta, anche in termini di ammodernamento infrastrutturale e di miglioramento dell'umanizzazione dei servizi sotto il profilo della qualità delle strutture.

La localizzazione del nuovo ospedale dell'ASL CN1 è stato oggetto di un tavolo congiunto Regione Piemonte - Assessorato alla Sanità e la rappresentanza della Conferenza dei Sindaci dei Comuni dell'area nord l'ASL CN1.

Il nuovo ospedale sarà localizzato nel comune di Savigliano (CN), ad ovest rispetto al centro urbano, a sud di via Saluzzo (SP 662). L'area individuata garantisce il facile accesso da parte dell'utenza dei territori del quadrante sanitario di competenza.

La scelta della localizzazione tiene conto della necessità di ridurre la pressione sul centro urbano, decongestionare il traffico e permettere l'espansione futura della struttura sanitaria in base alle necessità.

Collegata alla realizzazione della nuova struttura sanitaria, si la realizzazione di idonei viabilità e parcheggi a servizio della stessa. La nuova rete viaria è stata progettata in accordo con la viabilità esistente e prevede la predisposizione di collegamenti con il trasporto pubblico, migliorando così l'accessibilità per i pazienti e i visitatori.

2. Aspetti pianificatori e programmatici

L'iter relativo alla realizzazione del nuovo ospedale ha visto in sintesi i seguenti atti:

- la L. 11 dicembre 2016, n. 232: "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" e in particolare l'art. 1, comma 602 prevede che "Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro il 30 giugno 2017, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sono individuate le iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, anche con riferimento alle sinergie tra i servizi sanitari regionali e l'INAIL, valutabili da quest'ultimo ente nell'ambito dei propri piani triennali di investimento immobiliare";*
- con D.P.C.M. 4 febbraio 2021, che ha integrato e aggiornato il D.P.C.M. 24 dicembre 2018, l'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) ha individuato le iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria valutabili nell'ambito dei propri piani triennali di investimento, tra le quali figura la costruzione del nuovo Ospedale della A.S.L. CN1, di seguito denominato "Nuovo Ospedale di Savigliano" per un importo di Euro 195.000.000,00, confermata anche dal D.P.C.M. 14 settembre 2022, Allegato B;*
- con Deliberazione del 18 gennaio 2022, n. 193 - 974 il Consiglio Regionale del Piemonte ha approvato una prima programmazione di indirizzo di carattere strategico generale di investimenti in edilizia sanitaria per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri, tra cui figura l'intervento relativo al nuovo Ospedale della A.S.L. CN1 - DEA di I Livello - per un importo presunto di euro 195.000.000,00, dando atto che lo stesso è realizzato ai sensi del D.P.C.M. 4 febbraio 2021 sopra citato; nella medesima Deliberazione di Consiglio Regionale si dà altresì atto che "gli importi riportati [...] sono definiti con il presente atto a livello programmatico e che tali numeri potrebbero essere modificati a seguito di successivi approfondimenti";*
- tra la fine del 2021 e l'inizio del 2022 sono stati avviati approfondimenti analitici finalizzati a definire gli standard quantitativi per il dimensionamento del nuovo ospedale di Savigliano-Saluzzo-Fossano.*

L'analisi ha avuto lo scopo di inquadrare lo scenario programmatico, amministrativo, istituzionale e normativo nel quale si colloca la realizzazione del nuovo ospedale, con l'obiettivo di garantirne la coerenza con le disposizioni regionali e nazionali di settore, con i regolamenti della regione Piemonte in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie e di ridefinizione della rete ospedaliera per acuti e post-acuti, nonché con la programmazione di ambito territoriale. Inoltre è stato elaborato un approfondimento analitico finalizzato all'individuazione dell'area per la localizzazione del nuovo ospedale

- in data 17/10/2022, il presidente e l'assessore alla Sanità della Regione Piemonte, sulla base degli approfondimenti tecnici effettuati, hanno condiviso con i rappresentanti degli Enti locali coinvolti la migliore localizzazione del nuovo ospedale tra le ipotesi presentate;
- in data 31/10/2022 il Direttore Generale dell'ASL CNI ha acquisito il parere della Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci sulla scelta effettuata in merito alla localizzazione;
- in data 04/11/2022 con DGR n. 21-5919 è stato approvato il Protocollo d'intesa per la realizzazione del nuovo ospedale unico del quadrante nord-ovest della Provincia di Cuneo (Saluzzo-Savigliano-Fossano), sottoscritto fra le parti in data 7/11/2022.

3. Descrizione del processo progettuale

L'avvio dell'iter progettuale è avvenuto secondo il D.Lgs. 50/2016 all'epoca vigente,

Il Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP), funzionale all'avvio dell'attività di progettazione e realizzazione dell'opera, è stato elaborato sulla base delle seguenti analisi e valutazioni propedeutiche:

- "Analisi della rete erogativa della provincia di Cuneo, definizione delle azioni di riordino e dimensionamento clinico-gestionale dei nuovi Ospedali di Cuneo e di Savigliano-Saluzzo", redatto dallo Studio AGM Project Consulting S.r.l., che rappresenta il c.d. quadro esigenziale, approvato con nota prot. n. 0155377 del 12/12/2022. Il documento definisce il dimensionamento clinico-gestionale del nuovo ospedale ed identifica le possibili aree per la localizzazione dello stesso;
- Esiti delle analisi delle tre ipotesi alternative per la localizzazione dell'ospedale, effettuate a cura della Regione, con particolare riguardo ai vincoli esistenti con verifica dei diversi vantaggi/opportunità e punti di debolezza, riferiti anche alla stima dei costi sia diretti che indiretti, sia materiali che immateriali, e alle tempistiche necessarie;
- Protocollo di intesa del 07/11/2022 per la realizzazione del nuovo ospedale unico del quadrante nord ovest della provincia di Cuneo, tra la Regione Piemonte, il Comune di Savigliano e l'ASL CNI.

Di seguito le tre ipotesi per la localizzazione e sintesi delle risultanze:

A- Area adiacente all'attuale ospedale di Savigliano: la completa ristrutturazione dell'attuale ospedale di Savigliano è stata giudicata impraticabile, oltre che economicamente non sostenibile;

B- Area di via Saluzzo con destinazione agricola a ridosso del centro abitato: la soluzione viene scartata vista la mancanza dei requisiti urbanistici;

C- Area di via Saluzzo denominata P2.1* e P2.2*: l'area viene considerata la migliore soluzione, in quanto non presenta vincoli geomorfologici negli strumenti urbanistici sovraordinati, risulta facilmente accessibile da parte dell'utenza dei territori del quadrante sanitario di competenza, la destinazione urbanistica delle aree riduce i termini necessari per l'adeguamento del piano acustico e per la realizzazione della variante ex art. 17 comma 12 lett. C) L.R. 56/7.

Il Documento di Indirizzo della Progettazione, partendo dai suddetti documenti, è stato redatto al fine di fornire ai professionisti incaricati della progettazione del Progetto di Fattibilità Tecnica economica gli elementi necessari e di supporto alla progettazione, sulla base delle esigenze espresse dalla committenza, ed ha costituito parte integrante del capitolato speciale d'appalto per l'affidamento del servizio di progettazione a carico professionisti esterni alla Stazione Appaltante.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 215 del 20/06/2023, l'ASL CNI ha indetto una procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del D. Lgs. 50/2016, per l'affidamento dei servizi di progettazione per la redazione dello Studio di Fattibilità Tecnico Economica (PFTE) nonché – opzionalmente – della progettazione definitiva e di quella esecutiva, comprensiva del coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione, del Nuovo Ospedale, da affidarsi ai sensi dell'art. 95 comma 3 del D. Lgs. 50/2016, mediante il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 230 del 28/06/2023, a seguito di confronto con Settore Sanità e Politiche degli Investimenti della Regione, si sono apportate alcune rettifiche agli allegati del bando, al fine di allineare i documenti di gara alla pratica in uso per la tipologia della procedura in oggetto.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 280 del 31/08/2023 è stata nominata la Commissione giudicatrice per la valutazione delle offerte tecniche sulla base dei criteri stabiliti nel disciplinare di gara.

Con Determinazione del Direttore della S.C. Servizio Tecnico n. 1856 del 29/09/2023 si è preso atto della graduatoria finale delle offerte pervenute.

Con Determinazione del Direttore della S.C. Servizio Tecnico n. 2009 del 24/10/2023 è stato aggiudicato l'appalto per l'affidamento dei servizi di architettura e ingegneria inerenti la redazione del progetto di fattibilità tecnico economica, ed opzionale progettazione definitiva e progettazione esecutiva, comprensiva del coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione, per la realizzazione del Nuovo Ospedale unico alla società Studio Altieri S.p.A ed è stato affidato alla stessa l'incarico per la redazione del progetto PFTE (preliminare).

Il contratto, sottoscritto in data 22/12/2023 tra l'amministrazione e il R.T.I. affidatario prevedeva la redazione del progetto di fattibilità tecnico Economica, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 50/2016 e, opzionali, della progettazione definitiva ed esecutiva.

In data 24/11/2023 la Direzione Sanità della Regione Piemonte ha trasmesso all'ASL CN1 la comunicazione INAIL prot. n. U.INAIL.60003.20/11/2023.0006808 avente ad oggetto gli "Interventi urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria (L. 232/2016; D.L. 77/2021; D.P.C.M. 14 settembre 2022). Tempistiche di consegna del progetto secondo i criteri stabiliti dal D.lgs. 36/2023.", per mezzo della quale l'Istituto ha manifestato la propria volontà di adeguarsi al mutato quadro giuridico e, in particolare, alla riduzione dei livelli di progettazione da tre a due, ai sensi dell'art. 41 del Nuovo Codice.

Accertata la necessità di elaborare una progettazione su due livelli ai sensi del nuovo codice, con Determinazione del Direttore della S.C. Servizio Tecnico n. 1023 del 06/06/2024 si approvava lo schema di Atto aggiuntivo al contratto principale (addendum), con il quale si esercitava l'opzione "progettazione definitiva" del contratto, ridefinendo l'incarico nella redazione di un PFTE con i contenuti di cui agli artt. da 6 a 21 dell'allegato I.7 al Nuovo Codice.

L'addendum prevedeva inoltre la possibilità di attivare in modo opzionale, tramite specifico atto aggiuntivo, l'adeguamento del PFTE per appalto integrato oppure la progettazione esecutiva, comprensiva del coordinamento della sicurezza in fase di progettazione. Infatti lo schema di accordo per la realizzazione del nuovo ospedale unico del quadrante nord-ovest della Provincia di Cuneo nel Comune di Savigliano tra Regione Piemonte, INAIL e ASL CN1, approvato con DGR 18-8558/2024 prevede, in relazione all' Appalto dei lavori di costruzione, quanto segue:

"L'INAIL si impegna ad indire la gara d'appalto integrato sulla base del progetto di fattibilità tecnico economica fornito dalla ASL CN1 oppure, qualora le parti lo concordino, ad indire la gara d'appalto lavori sulla base del progetto esecutivo fornito dalla ASL CN1, stipulando a propria cura e spese il contratto d'appalto di cui sarà unico titolare e si impegna a curare l'esecuzione dei lavori con il proprio RUP affidando la Direzione dei lavori, il coordinamento per la sicurezza in fase di esecuzione e il collaudo, anche statico, a propri tecnici o a tecnici esterni".

Con nota prot. ASL CN1 n. 0110989 del 20/08/2025, la Regione Piemonte ha confermato di prevedere di consegnare ad INAIL progetti di fattibilità tecnico-economica sulla base dei quali indire procedure di appalto integrato.

L'ASL CN1 provvederà pertanto a breve ad attivare l'opzione di adeguamento del Progetto di Fattibilità Tecnico-Economica per appalto integrato, integrando il PFTE qui presentato con i documenti necessari, ai sensi dell'art. 21 dell'allegato I.7 del D.Lgs 36/2023, al fine di renderlo appaltabile ai sensi dell'art. 44 del medesimo decreto.

4. Descrizione sintetica dell'intervento

L'intervento ha per oggetto la realizzazione del Nuovo Ospedale unico del quadrante nord ovest della provincia di Cuneo (Saluzzo - Savigliano - Fossano) dell'ASL CN1, il quale ricade nel progetto di potenziamento e ammodernamento delle strutture sanitarie della Regione Piemonte, in seno al quale è stato redatto un protocollo d'intesa per la realizzazione del nuovo ospedale.

Nello specifico, il progetto riguarda il nuovo presidio ospedaliero dell'ASL CN1, da realizzare nel Comune di Savigliano (CN), lungo via Saluzzo (SP 662) ad ovest del centro abitato di Savigliano.

Il nuovo ospedale avrà le caratteristiche di base e specialistiche di un ospedale spoke sede di DEA di I livello.

Secondo la attuale programmazione regionale, il Nuovo Ospedale sarà il riferimento per tutta l'attività per acuti dei Distretti Nord Est e Nord Ovest dell'ASL CN1, assorbendo l'attività storica degli attuali Ospedali di Savigliano, Saluzzo e Fossano, per un totale di 310 posti letto, di cui 23 posti letto di Day Hospital, e 80 posti letto tecnici.

La realizzazione della nuova struttura è volta a:

- riorganizzare e adeguare la rete ospedaliera, con l'accreditamento e l'umanizzazione delle strutture per il conseguimento di adeguati standard alberghieri;*
- rinnovare e potenziare la dotazione tecnologica;*
- adeguare la struttura alla normativa vigente in termini di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;*
- razionalizzare i percorsi e i processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevando il livello di sicurezza.*

La superficie di interesse è di circa 145.000 mq, che comprendono il sedime della nuova struttura, le aree a parcheggio e la viabilità di accesso.

L'area su cui sorgerà la struttura è ad oggi di proprietà di soggetti privati e sarà oggetto di acquisizione tramite procedura espropriativa o compravendita diretta.

5. Fonti e forme di finanziamento dell'intervento

Come già specificato con D.P.C.M. 4 febbraio 2021, che ha integrato e aggiornato il D.P.C.M. 24 dicembre 2018, l'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) ha individuato le iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria valutabili nell'ambito dei propri piani triennali di investimento, tra le quali figura la costruzione del nuovo Ospedale della A.S.L. CN1, per un importo di Euro 195.000.000,00, confermata anche dal D.P.C.M. 14 settembre 2022, Allegato B.

Con Delibera di Giunta Regionale (D.G.R.) 1-7297 del 25/07/2023 si evidenziava che i costi stimati dei nuovi presidi ospedalieri inseriti nella programmazione dei piani triennali di investimento INAIL risultavano sottostimati di una media di circa il 30-35% sulla base delle analisi istruttorie in corso da parte degli uffici delle Aziende Sanitarie interessate e sulla base dell'analisi di mercato e di contesto elaborata dagli uffici regionali e agli atti del Settore Politiche degli Investimenti, e che sarebbe potuta essere necessaria un'attualizzazione degli importi economici degli stessi.

Con nota prot. 12007 del 30/11/2023 la Regione Piemonte, in riscontro alla richiesta pervenuta dal Ministero della Salute in data 31/10/2023 con prot. n. 38775, ha provveduto a comunicare al Ministero della Salute stesso e all'INAIL l'importo aggiornato per la realizzazione degli interventi originariamente previsti nel D.P.C.M. 14 settembre 2022, tenuto conto di quanto emerso in sede di istruttoria dei progetti, attualizzando l'importo necessario per la costruzione del Nuovo Ospedale di Savigliano ad € 250.000.000,00.

Con DGR 18-8558 del 13/05/2024, la Regione Piemonte ha approvato lo schema tipo di accordo ex art. 15 L. 241/1990 tra Regione Piemonte, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) e A.S.L. CN1 per la realizzazione del nuovo ospedale unico del quadrante nord-ovest della Provincia di Cuneo nel Comune di Savigliano.

Con Deliberazione del Direttore Generale 161 del 20/05/2024 l'ASL CN1 ha recepito lo schema di Accordo.

Con Decreto Ministeriale del 5 novembre 2024, sono state definite le ulteriori risorse per le iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, prevedendo risorse aggiuntive per la realizzazione del "Nuovo Ospedale di Savigliano" pari a Euro 55.000.000,00, portando l'importo complessivo dell'iniziativa a 250.000.000,00 di euro.

L'intervento sarà quindi completamente finanziato con fondi INAIL. Le spese di progettazione e di acquisizione delle aree su cui sorgerà l'opera saranno rimborsate all'ASL CN1 da INAIL.

6. Iter autorizzativo per la realizzazione dell'intervento

Dal momento che l'opera prevede la realizzazione di un parcheggio di uso pubblico con capacità superiore a 500 posti auto, da realizzarsi nell'ambito del nuovo ospedale, il Comune di Savigliano (CN), individuato quale autorità competente per la verifica di assoggettabilità alla Valutazione di Impatto Ambientale (VIA), ha avviato la procedura di screening VIA in data 03/02/2025.

Con Deliberazione n. 546 del 30/04/2025 il Comune di Savigliano ha escluso dalla valutazione di impatto ambientale la realizzazione del parcheggio a uso pubblico da realizzarsi nell'ambito del nuovo ospedale.

L'approvazione del progetto avverrà ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs 36/2023. Come previsto dal citato articolo, nel corso della conferenza di servizi verranno acquisiti e valutati l'assoggettabilità alla verifica preventiva dell'interesse archeologico e della VIA valutazione di impatto ambientale. La Valutazione di Impatto Ambientale si rende necessaria in quanto, a seguito del perfezionamento dell'impianto geotermico, si è riscontrata la necessità di emungere dalla falda una portata di 280 l/s circa. Questo comporta che il progetto ricada in VIA, secondo l'allegato A della L.R. n. 13 del 19 luglio 2023; quest'ultimo prevede infatti che siano sottoposti a VIA gli interventi che prevedono "Utilizzo di acque sotterranee ivi comprese le acque minerali e termali, nei casi in cui la portata massima prelevata superi i 100 litri al secondo" (punto A.b3).

Come previsto dal c. 10 del citato art. 38, la determinazione conclusiva della conferenza dei servizi approva il progetto e perfeziona ad ogni fine urbanistico ed edilizio l'intesa tra gli enti territoriali interessati anche ai fini della localizzazione dell'opera, della conformità urbanistica e paesaggistica dell'intervento, della risoluzione delle interferenze e delle relative opere mitigatrici e compensatrici. L'intesa tra gli enti interessati, in ordine alla localizzazione dell'opera, ha effetto di variante agli strumenti urbanistici vigenti. Essa comprende il provvedimento di valutazione di impatto ambientale, la valutazione di assoggettabilità alla verifica preventiva dell'interesse archeologico, i titoli abilitativi necessari, e la dichiarazione di pubblica utilità ed indifferibilità delle opere nonché il vincolo preordinato all'esproprio e consente la realizzazione di tutte le opere e attività previste nel progetto approvato.

7. Cronoprogramma

Il cronoprogramma viene di seguito sintetizzato:

Attività	Data di inizio	Data di fine	Durata (giorni)
Conferenza dei Servizi	01/09/2025	31/10/2025	60
Completamento PFTE	31/10/2025	30/11/2025	30
Consegna PFTE a INAIL	30/11/2025	30/11/2025	1
Verifica e validazione PFTE	01/12/2025	30/06/2026	211
Gara di appalto integrato	01/07/2026	31/12/2026	183
Progetto esecutivo	01/01/2027	30/06/2027	180
Verifica e validazione progetto esecutivo	30/06/2027	27/12/2027	180
Realizzazione dell'opera	01/01/2028	26/03/2031	1180
Collaudo	27/03/2031	25/06/2031	90

8. Quadro economico

Si veda l'allegato 1 alla presente.

9. Procedure per la scelta del contraente

A seguito dell'iter autorizzativo, INAIL, in qualità di Committente, acquisirà il progetto, ne effettuerà la verifica e la validazione. Si prospetta di realizzare l'opera attraverso il sistema dell'appalto integrato di progettazione esecutiva e realizzazione dell'opera per una migliore traslazione del rischio di progettazione e costruzione in capo ad un operatore dotato di competenze e capacità specifiche.

10. Esito della verifica preventiva di primo livello

Il PFTE che viene presentato è stato sottoposto a verifica preventiva di primo livello da parte della S.C. Servizio Tecnico ed in particolare dal DEC del contratto relativo al servizio di progettazione, al fine di valutare la completezza della documentazione rispetto alle indicazioni riportate nelle "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", adottate con Decreto del Presidente del Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici n. 177 del 5 agosto del 2021, ed a quanto previsto nell'allegato I.7 del D.Lgs. 36/2023.

La verifica condotta, della quale si allega pista di controllo (Allegato 2), ha evidenziato la sostanziale completezza dei documenti progettuali.

ASL CN1 - OSPEDALE UNICO QUADRANTE NORD-OVEST DELLA PROVINCIA DI CUNEO - CUP I45F21001490001 - PROGETTO FATTIBILITA' TECNICO ECONOMICA			
QUADRO ECONOMICO			
A	DESCRIZIONE DEI LAVORI	%	IMPORTI
A.1	STRUTTURA OSPEDALIERA		
A.1.1	Opere edili (E.10)	-	€ 34.199.189,40
A.1.2	Opere strutturali (S.06)	-	€ 41.850.149,15
A.1.3	Impianti idrico-sanitari, antincendio e gas medicali (IA.01)	-	€ 6.040.141,07
A.1.4	Impianti termici e condizionamento (IA.02)	-	€ 30.509.530,88
A.1.5	Impianti elettrici e speciali (IA.04)	-	€ 29.857.883,98
	TOTALE LAVORI A.1	-	€ 142.456.894,48
A.2	CENTRALE ELETTRICA E AREE TECNICHE ESTERNE		
A.2.1	Opere edili (E.10)	-	€ 1.114.138,97
A.2.2	Opere strutturali (S.06)	-	€ 4.776.709,03
A.2.3	Impianti idrico-sanitari, antincendio e gas medicali (IA.01)	-	€ 1.140.323,47
A.2.4	Impianti termici e condizionamento (IA.02)	-	€ 7.755.722,66
A.2.5	Impianti elettrici e speciali (IA.04)	-	€ 15.054.424,59
	TOTALE LAVORI (A.2)	-	€ 29.841.318,72
	TOTALE LAVORI (A.1 + A.2)	-	€ 172.298.213,20
A.3	A.3 - OPERE ESTERNE		
A.3.1	Opere esterne edili (E.10)	-	€ 2.258.507,68
A.3.2	Opere esterne strutturali (S.06)	-	€ 838.704,59
A.3.2	Opere esterne stradali (E.19)	-	€ 6.376.719,70
A.3.3	Opere esterne del verde (E.19)	-	€ 2.469.220,45
A.3.4	Opere esterne idrauliche (E.19)	-	€ 3.022.950,00
	TOTALE LAVORI (A.3)	-	€ 14.966.102,42
	TOTALE LAVORI (A.1 + A.2 + A.3)	-	€ 187.264.315,62
A.4	ONERI PER LA SICUREZZA		
	TOTALE ONERI SICUREZZA (A.4)	1,9%	€ 3.547.250,87
	TOTALE PARTE A (A.1 + A.2 + A.3 + A.4)	-	€ 190.811.566,48
B	SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE	%	IMPORTI
B.1	Spese tecniche (progettazione, D.L., collaudi, verifiche e approvazioni)		
B.1.1	Progetto di fattibilità tecnico economica	2,67%	€ 5.094.668,83
B.1.2	Progetto esecutivo	1,26%	€ 2.395.726,60
B.1.3	Oneri di verifica del progetto (art. 42 e succ. all. l.7 del d.lgs. 36/2023)	1,47%	€ 2.800.619,27
B.1.4	Direzione lavori + contabilità + coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione	3,80%	€ 7.250.839,53
B.1.5	Frazionamenti e accatastamenti		€ 30.000,00
B.1.6	Collaudo statico e tecnico - amministrativo	1,00%	€ 1.908.115,66
B.1.8	Consulenze specialistiche		negli imprevisti
B.1.9	Consulenze legali		negli imprevisti
B.1.10	Compenso per collegio consultivo tecnico	0,15%	€ 286.217,35
	TOTALE SPESE TECNICHE (PROGETTAZIONE, D.L., COLLAUDI, VERIFICHE E APPROVAZIONI)	-	€ 19.766.187,23
B.2	Spese generali (allacci, acquisizione area, eliminazione interferenze)		
B.2.1	Allaccio alla rete di energia elettrica		€ 2.000.000,00
B.2.2	Allaccio alla rete telefonica		€ 50.000,00
B.2.3	Allaccio alla rete idrica		€ 50.000,00
B.2.4	Allaccio alla rete fognaria		€ 50.000,00
B.2.5	Allaccio alla rete gas		€ 150.000,00
B.2.6	Espropri - acquisizioni		€ 3.147.000,00
B.2.7	Spostamento linea AT		€ 3.000.000,00
	TOTALE SPESE GENERALI (ALLACCI, ACQUISIZIONE AREA, ELIMINAZIONE INTERFERENZE)	-	€ 8.447.000,00
B.3	Imprevisti / Accantonamenti / Spese generali		
B.3.1	Imprevisti - max 10% (art. 5 all. l.7 del d.lgs 36/2023)	2,50%	€ 4.807.809,17
B.3.2	Accantonamenti adeguamento prezzi (art. 60, c. 5)	0,50%	€ 954.057,83
B.3.3	Art.45, d.lgs. 36/2023 (incentivo funzioni tecniche interne esclusa la quota del 20% per beni strumentali)	0,80%	€ 1.526.492,53
B.3.4	Accantonamenti per le modifiche (art. 120, comma 1, lettera a) del d.lgs. 36/2023)		negli imprevisti
B.3.5	Ufficio di supporto al RUP - 1% dell'importo a base d'asta (art. 15 C. 6 d.lgs. 36/2023)		negli imprevisti
B.3.6	Spese per informazione, comunicazione dell'intervento		€ 20.000,00
B.3.7	Spese per commissioni giudicatrici (IVA COMPRESA)		€ 50.000,00
B.3.8	Contributo ANAC		€ 1.760,00
B.3.9	Diritti segreteria valutazione progetto VVF		€ 1.953,00
B.3.10	Parere consiglio superiore dei lavori pubblici		€ 75.000,00
	TOTALE IMPREVISTI / ACCANTONAMENTI / SPESE GENERALI	-	€ 7.437.072,53
B.4	IVA / oneri		
B.4.1	IVA su lavori	10,00%	€ 19.081.156,65
B.4.2	IVA su spese tecniche (aliquota 22%)	22,00%	€ 4.285.593,37
B.4.3	Oneri iva su spese tecniche (oneri 4% + IVA 22%)	0,88%	€ 171.423,73
	TOTALE IVA / ONERI	-	€ 23.538.173,76
	TOTALE PARTE B		€ 59.188.433,52
A+B	TOTALE COMPLESSIVO (A+B)		250.000.000,00 €

CONSIDERATO

Il progetto oggetto della richiesta del parere è sviluppato secondo i contenuti di un progetto di fattibilità tecnico-economica (PFTE) e la richiesta medesima è stata trasmessa al Consiglio superiore dei lavori pubblici ai sensi dell'art. 38, co. 4 e dell'art. 47 co. 3 del D.lgs. 36/2023, contestualmente all'indizione della Conferenza dei Servizi in forma semplificata.

La realizzazione del *Nuovo ospedale unico del Quadrante Nord Ovest della Provincia di Cuneo (Saluzzo - Savigliano - Fossano)* è da inquadrare nella riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Piemonte la cui programmazione risiede nei seguenti atti:

- Deliberazione del Consiglio regionale n. 286-18810 del 8 maggio 2018 recante "Rete ospedaliera regionale. Programma di interventi in edilizia sanitaria";
- Deliberazione del Consiglio regionale n. 193-974 del 18 gennaio 2022 recante "Prima programmazione di indirizzo di carattere strategico generale di investimenti in edilizia sanitaria per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri";
- Deliberazione della Giunta regionale n. 1-600 del 19.11.2014 e successiva integrazione, recante "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale";
- Deliberazione della Giunta regionale n. 26-1653 del 29.06.2015 recante "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della DGR n.1-600 del 19.11.2014".

Realizzazione che dovrebbe avvenire tramite affidamento di progettazione esecutiva ed esecuzione mediante "appalto integrato" sulla base del PFTE in esame, in base a quanto affermato dal RUP nella *Relazione istruttoria* riportata in premessa: *"Si prospetta di realizzare l'opera attraverso il sistema dell'appalto integrato di progettazione esecutiva e realizzazione dell'opera per una migliore traslazione del rischio di progettazione e costruzione in capo ad un operatore dotato di competenze e capacità specifiche"*.

In merito a questo aspetto procedurale si rinvia alle considerazioni riportate alla fine del presente parere.

Aspetti generali

Il nuovo ospedale servirà un'utenza distribuita sul territorio di oltre 50 Comuni, andando a sostituire le attuali tre strutture ospedaliere localizzate sul territorio dei Comuni di Savigliano, Fossano e Saluzzo; l'area interessata dal nuovo insediamento è ubicata a nord di Cuneo e si estende per circa 15 ettari interamente nel primo dei Comuni citati. L'area di intervento è posta in prossimità della Zona Industriale via Saluzzo e si sviluppa a sud della SP 662 ad una distanza pari a circa 2km da Savigliano, 11 km da Saluzzo e 13km da Fossano. Essa, pertanto, non interferisce direttamente con le realtà urbane presenti ed offre la possibilità di futuro, eventuale, ampliamento del nosocomio verso ovest, come prefigurato dal masterplan di progetto. Inoltre, secondo quanto si legge nella *Relazione illustrativa generale* (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0001-r00) *"... da un punto di vista urbanistico si tratta di un'area che, ancorché ad oggi sia ancora coltivata, urbanisticamente appartiene ad un comparto produttivo già realizzato. Non si tratta quindi di sottrarre suolo da uso agricolo, bensì di ridestinare a servizi un'area che già oggi è destinata ad uso produttivo"*.

Il nuovo complesso ospedaliero - sviluppato dal programma funzionale definito a partire dal Documento di indirizzo della progettazione (DIP) e sulla base di dati della rete ospedaliera del 2019 - secondo le scelte programmatiche, così come è stato concepito, permetterà di:

- “concentrare in un edificio nuovo ed efficiente, un'unica struttura moderna a servizio sinergico di una vasta area, che in questo modo non necessita più di consumare singoli siti per strutture sanitarie duplicate ed inefficienti;
- riconvertire le tre preesistenti, datate ed energivore strutture ospedaliere di Savigliano, Saluzzo e Fossano ad altri usi sanitari non, prevedendo la demolizione di alcune porzioni di esse;
- sfruttare un'area già urbanisticamente destinata ad attività produttive per attività di servizi, quindi anche da questo punto di vista non si ha consumo di suolo.”.

La viabilità di accesso al nuovo complesso si avvarrà degli assi stradali esistenti - la SP 662 che collega Savigliano a Saluzzo e della SS 20 che collega da nord a sud l'intera provincia di Cuneo toccando Savigliano - e della nuova tangenziale di Savigliano la cui futura realizzazione è prevista, secondo quanto si apprende dalla medesima *Relazione illustrativa generale* dagli strumenti di pianificazione sovraordinata. Inoltre, il progetto “... prevede, ..., ampi spazi per il parcheggio e una predisposizione per collegamenti con il trasporto pubblico, migliorando così l'accessibilità per i pazienti e i visitatori.”.

MASTERPLAN DI PROGETTO



Il nuovo complesso ospedaliero consta di un piano interrato, quattro livelli fuori terra e un piano copertura e si articola lungo l'asse distributivo principale est - ovest al quale si innestano i n. 7 corpi di fabbrica maggiori, il blocco dell'accoglienza e il blocco di accesso al pronto soccorso. In sintesi, le destinazioni d'uso a ciascun piano sono le seguenti:

Piano interrato	Logistica, servizi di supporto e spogliatoi del personale
Piano terra	Principali funzioni legate all'emergenza-urgenza
Piano primo	Ambulatori
Secondo piano	Degenze sub-intensive e ordinarie
Terzo piano	Degenze chirurgiche e area materno infantile
Piano copertura	Locali tecnici

Verso il confine a sud dell'area è localizzato il polo tecnologico che all'ospedale è collegato mediante un tunnel sotterraneo, mentre verso nord l'impianto è completato dalla presenza di una vasta sistemazione a verde che accoglie i parcheggi, i percorsi ciclopedonali protetti e due bacini di laminazione.



Il modello tipologico “aperto” scelto - basato sull'asse centrale al quale al quale si innestano bilateralmente i corpi di fabbrica - permette una apprezzabile flessibilità nei confronti del previsto futuro ampliamento, anche in termini di continuità delle funzioni in contemporaneità con il cantiere. Tuttavia, si osserva che al momento, le due aree destinate al futuro ampliamento - sia dell'ospedale che dell'area a parcheggio - hanno un carattere “di risulta” che sarebbe opportuno risolvere, sia funzionalmente, che formalmente.

Analisi delle alternative progettuali

Nella *Relazione di istruttoria* del RUP si afferma che “L'avvio dell'iter progettuale è avvenuto secondo il D.Lgs. 50/2016 all'epoca vigente”, che, all'art.23, comma 5 prescrive: “*Il progetto di fattibilità tecnica ed economica individua, tra più soluzioni, quella che presenta il miglior rapporto tra costi e benefici per la collettività, in relazione alle specifiche esigenze da soddisfare e prestazioni da fornire*”. La stessa relazione dichiara che il “*Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP), funzionale all'avvio dell'attività di progettazione e realizzazione dell'opera, è stato elaborato sulla base delle seguenti analisi e valutazioni propedeutiche:*

- ...

- *Esiti delle analisi delle tre ipotesi alternative per la localizzazione dell'ospedale, effettuate a cura della Regione, con particolare riguardo ai vincoli esistenti con verifica dei diversi vantaggi/opportunità e punti di debolezza, riferiti anche alla stima dei costi sia diretti che indiretti, sia materiali che immateriali, e alle tempistiche necessarie”.*

Dove le tre ipotesi alternative di localizzazione erano le seguenti:

“A - Area adiacente all'attuale ospedale di Savigliano: la completa ristrutturazione dell'attuale ospedale di Savigliano è stata giudicata impraticabile, oltre che economicamente non sostenibile;

B - Area di via Saluzzo con destinazione agricola a ridosso del centro abitato: la soluzione viene scartata vista la mancanza dei requisiti urbanistici;

C - Area di via Saluzzo denominata P2.1 e P2.2*: l'area viene considerata la migliore soluzione, in quanto non presenta vincoli geomorfologici negli strumenti urbanistici sovraordinati, risulta facilmente accessibile da parte dell'utenza dei territori del quadrante sanitario di competenza, la destinazione urbanistica delle aree riduce i termini necessari per l'adeguamento del piano acustico e per la realizzazione della variante ex art. 17 comma 12 lett. C) L.R. 56/7".*

Bisogna, peraltro, ricordare che le "Linee guida per la valutazione degli investimenti in opere pubbliche" (redatte in attuazione dell'art. 9 del D.Lgs. 228/2011), precisano le modalità di quantificazione dei "costi e benefici per la collettività", indicando l'Analisi Costi Benefici come *"la principale metodologia per la valutazione degli investimenti pubblici"*, precisando che *"La soluzione senza intervento, spesso indicata come "do-nothing", serve come riferimento per la stima della domanda, dei costi finanziari ed economici, dei ricavi e dei benefici del progetto e delle altre possibili alternative"*, costituendo fondamentale verifica del corretto utilizzo delle risorse pubbliche impegnate, attraverso la dimostrazione dell'effettiva sussistenza di *"benefici per la collettività"* (quantificati in termini monetari) superiori ai costi da sostenere.

Dalla documentazione esibita non risulta che tale verifica sia stata effettuata, anche perché - tra le alternative progettuali prese in considerazione - non risulta la "do-nothing".

Si ritiene, pertanto, opportuno che la soluzione prescelta e sviluppata nel PFTE sia supportata da un'analisi finalizzata al supporto delle decisioni, quali l'Analisi Costi Benefici, come indicato nelle sopra richiamate Linee guida.

Aspetti relativi alla sostenibilità dell'opera

Il progetto è corredato da una *Relazione sulla sostenibilità dell'opera* redatta secondo l'articolo 11, dell'Allegato I.7 al Codice dei contratti. Il suddetto articolo indica, in linea generale, i contenuti della predetta Relazione, articolandoli in nove punti.

La Relazione, seguendo l'ordine contenuto nella norma citata, dedica ampio spazio a illustrare gli obiettivi e le caratteristiche dell'opera, ma soprattutto a indicare come questa si rapporti agli obiettivi ambientali contenuti nella normativa europea di riferimento (regolamenti (UE) 2020/852 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 18 giugno 2020 e 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021).

Successivamente, in modo molto più sintetico ed ermetico, la Relazione affronta le tematiche connesse alla valutazione del ciclo di vita (LCA) e dell'impronta del carbonio e agli aspetti energetici dell'edificio.

In particolare, per quanto riguarda la stima della *carbon footprint* dell'opera in reazione all'intero ciclo di vita per cui vengono indicati due valori, le "Emissioni totali" (339.557 TonsCO_{2eq}) e le "Emissioni annali totali per superficie netta del pavimento" (4.716 kg CO_{2eq}/m²).

Emissioni Totali:	339,557 TonsCO _{2e}
Emissioni annali totali per superficie netta del pavimento:	4,716 kgCO _{2e} /m ²

In merito ai dati sopra riportati si osserva che:

- i valori sopra riportati sono espressi con separatore di migliaia con virgola a differenza dello stesso dato riportato in altra parte della Relazione dove si è usato un separatore tramite punto (*"Il Potenziale di Riscaldamento Globale (GWP) associato all'intero ciclo di vita dell'edificio, determinato tramite l'analisi del Carbonio del Ciclo di Vita Completo (Whole Life-cycle Carbon - WLC), ammonta a un totale di 339.557 tonnellate di CO₂ equivalente (tCO_{2e}), con un'impronta di carbonio di 4.716 kgCO_{2e} per metro quadrato"*);

- non risultano evidenti le modalità di calcolo, ma soprattutto i fattori assunti nel calcolo stesso;
- non si comprende la correlazione dei valori riportati con quelli presenti nella tabella riportata a pag. 48 della Relazione stessa;
- non viene fornita una comprensibile indicazione della ripartizione dell'impronta di carbonio fra carbonio incorporato (*embodied carbon*) e carbonio emesso in fase di esercizio (*operational carbon*);
- non viene fornita una interpretazione del risultato ricorrendo anche a scale di valutazione presenti in letteratura.

I fatti sopra evidenziati rendono inutilizzabile il dato riportato nella Relazione, sia a fini meramente valutativi, sia, e soprattutto, a livello di indicazioni per eventuali modifiche progettuali finalizzate alla riduzione dell'impronta di carbonio, qualora ritenuta eccessiva, pur in assenza, all'attualità, di limiti o sanzioni/premialità previsti per legge.

Per quanto attiene la *“analisi del consumo complessivo di energia con l'indicazione delle fonti per il soddisfacimento del bisogno energetico, anche con riferimento ai criteri di progettazione bioclimatica”*, la tematica, di grandissimo rilievo, viene risolta con le seguenti poche righe:

“L'edificio è progettato per ridurre la domanda energetica e migliorare l'efficienza operativa, limitando l'uso di combustibili fossili e integrando fonti rinnovabili in linea con gli obiettivi europei di decarbonizzazione. L'involucro edilizio ad alte prestazioni minimizza le dispersioni energetiche, mentre l'uso ottimizzato della luce naturale migliora il comfort visivo e riduce il fabbisogno di illuminazione artificiale. Questo approccio costituisce un modello di riferimento per progetti sanitari sostenibili, in linea con la transizione energetica europea.

Sulla base del modello energetico sviluppato in fase di progettazione e delle considerazioni legata a parametri ottenuti da interventi simili di recente progettazione/realizzazione abbiamo ottenuto circa 10.800 MWh anno energia finale elettrica e 5.000 MWh anno energia finale termica (per produzione di vapore), corrispondenti a circa 31.000 MWh anno di energia primaria.

Il costo stimato dell'energia - considerando 0,25 €/kWh per l'energia finale elettrica e 0,07 €/kWh per l'energia finale termica - risulta essere pari a circa 3 milioni € anno.

È fondamentale considerare che il nuovo ospedale sarà dotato di un massiccio impianto fotovoltaico da circa 1 MW di potenza di picco (ai sensi delle normative vigenti) ed è predisposto per la realizzazione di un impianto di cogenerazione che potrà fornire un ulteriore contributo gratuito di energia elettrica. Questi contributi “gratuiti” possano portare ad una riduzione del consumo stimato di energia elettrica per il nuovo ospedale anche al di sotto dei 10 MWh anno, portando il costo delle forniture energetiche attorno ai 2,7 milioni € anno. Si faccia riferimento alle relazioni descrittive degli impianti meccanici ed elettrici per la descrizione completa del sistema di approvvigionamento energetico del complesso ospedaliero. Documenti C1065_D_ME_GEN_00_00_0100 e C1065_D_EL_GEN_00_00_0001”.

In merito si osserva che, per poter avere evidenza dei dati richiesti dalla norma da riportare nella Relazione in questione, è necessario cercarli anche negli elaborati sopra richiamati, che però riportano dati non perfettamente coincidenti con quelli sopra riportati.

Ad esempio, nella Relazione generale si afferma quanto segue:

“Per il progetto dell'Ospedale di Cuneo, la strategia energetica è progettata per ottimizzare il consumo energetico tenendo conto sia del mix energetico locale che degli obiettivi di decarbonizzazione stabiliti dalla Comunità Europea. L'architettura tecnologica dell'edificio mira a ridurre la domanda energetica complessiva e a migliorare l'efficienza operativa. L'attenzione è rivolta a minimizzare l'uso di combustibili fossili e a incorporare fonti di energia rinnovabile dove possibile. In particolare, il consumo totale di elettricità per l'Ospedale di Cuneo è stimato in 15.000 MWh/anno, mentre il consumo di gas per la generazione di vapore è

stimato in 5.600 MWh/anno. Queste stime si basano sulla potenza termica installata per le varie funzioni, inclusi riscaldamento e generazione di vapore, e sono coerenti con i dati delle stime di modellazione energetica dinamica fornite da MES”.

E ancora (punto 2.7.6 Produzione di energia):

“La strategia energetica nella progettazione del nuovo ospedale si concretizzerà in un rapporto impianto edificio ispirato ai principi degli edifici NZEB, ovvero: innanzitutto ridurre i fabbisogni energetici dell’edificio mediante l’ottimizzazione dell’involucro edilizio (isolamento termico, infissi ad elevate prestazioni, schermature solari etc); successivamente utilizzare impianti e generatori ad altissima efficienza e con ridotti consumi; infine, sfruttare le energie rinnovabili, il riciclo delle risorse e i fornitori di energia green (criteri CAM2.3.7 - 2.4.2).

In virtù delle caratteristiche climatiche locali, l’orientamento ed il design delle facciate saranno pensati per massimizzare gli apporti solari gratuiti nel periodo invernale e massimizzare la protezione dal sole diretta durante il periodo estivo. L’involucro trasparente ed opaco sarà poi caratterizzato da elevate prestazioni tecniche (trasmissione, fattore-g, trasmissione luminosa etc) superiori a quelle prescritte dalle normative.

Le soluzioni impiantistiche proposte per il Nuovo Complesso Ospedaliero, in relazione all’obiettivo “zero carbon “, prevedono che i sistemi di produzione dei fluidi termovettori, assieme agli accumuli idrici, ai sistemi ausiliari ed alle principali apparecchiature elettriche siano posizionati all’interno dell’Energy Centre, edificio esterno rispetto all’edificio ospedaliero. A partire dall’Energy Centre saranno poi distribuiti i flussi energetici alle sottocentrali poste all’interno dei singoli edifici.

In particolare, si intende perseguire tutte le scelte progettuali che possano portare ad un edificio NZEB (Nearly Zero Energy Building), alimentato prioritariamente da fonti rinnovabili, costituite principalmente dagli impianti fotovoltaici (installati sopra le coperture dell’edificio) e dall’acqua di falda (sfruttata in impianti geotermici a ciclo aperto).

Di fatto quindi, la progettazione ruota attorno al tema della sostenibilità e del principio “Do No Significant Harm” (DNSH).

(...). ”.

Nella Relazione Legge 10/91 e riportata la seguente tabella.

PRODUZIONE DI ENERGIA TERMICA	
Indicare la % di copertura tramite il ricorso ad energia prodotta da impianti alimentati da fonti rinnovabili, dei consumi previsti per:	
Acqua calda sanitaria [%]:	68.78%
	> 65 % verificato
Acqua calda sanitaria, climatizzazione invernale, climatizzazione estiva [%]:	65.47 %
	> 65 % verificato
PRODUZIONE DI ENERGIA ELETTRICA	
Indicare la potenza elettrica degli impianti alimentati da fonti rinnovabili [kWp]:	1000 kWp
Superficie in pianta dell’edificio a livello del terreno S [m²]:	16781 m²
Potenza elettrica $P=1/K \cdot S \cdot 1.10$:	Minimo da decreto 199/2021: 923 kWp
	verificato
Descrizione e potenza degli impianti alimentati da fonti rinnovabili:	2500 moduli orizzontali in silicio monocristallino collocati orizzontalmente
	2500 moduli x 400 Wp/modulo = 1000 kWp
	Producibilità annua: 1'009'938 kWh/anno

In conclusione, era necessario produrre per la *Relazione sulla sostenibilità*, una semplice tabella riportante, come richiesto, la domanda complessiva di energia, suddivisa per tipo di prelievo, e le fonti energetiche con cui si pensa di fare fronte a tale domanda, suddivise in energia da rete (elettricità e gas) e energia da fonti rinnovabili. Tale mancanza rende impossibile la valutazione congiunta ed immediata che sta alla base di quanto richiesto dalla citata Relazione che deve costituire strumento di verifica e di sintesi, evidenziando l'apporto dell'energia prelevata dalla rete, e di quella prodotta tramite sistemi di produzione di energia da fonti rinnovabili.

La *Relazione sulla sostenibilità* deve, pertanto, essere modificata ed integrata nella presente fase progettuale (PFTE), comunque prima che il progetto stesso venga posto a base di gara.

Aspetti urbanistici

Il progetto di fattibilità tecnico-economica per il Nuovo Ospedale Unico del Quadrante Nord-Ovest, destinato a sostituire i presidi di Savigliano, Saluzzo e Fossano, si colloca in un'area agricola posta a ovest del centro urbano di Savigliano, lungo la SP662 "via Saluzzo". La scelta localizzativa, maturata in sede di concertazione tra Regione Piemonte, ASL CN1 e Conferenza dei Sindaci, risponde all'esigenza di individuare una posizione baricentrica rispetto al bacino d'utenza sanitario, garantendo accessibilità veicolare e possibilità di espansione futura. Tuttavia, da un punto di vista urbanistico e territoriale, essa introduce un nuovo polo extraurbano che incide sensibilmente sul paesaggio agrario e sulla struttura insediativa esistente, richiedendo un'attenta verifica di compatibilità con la pianificazione comunale e sovracomunale vigente.

L'inquadramento urbanistico mostra che il sito non ricade in aree soggette a vincolo paesaggistico diretto, ma è inserito in un contesto agricolo di pregio produttivo e di vulnerabilità idrica da nitrati. L'area, esterna al perimetro urbano consolidato, come si legge nella *Relazione di variante urbanistica semplificata* (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0010_r00) è parte di "... comparto a destinazione produttivo e terziario (servizi) come da PRGC.", pertanto la realizzazione del nuovo ospedale non è "... un'operazione a consumo di suolo, di conseguenza, l'intervento è coerente con quanto previsto l'art. 31 del PTR." Nell'immagine seguente si riporta uno stralcio del PRGC nel quale l'area di interesse rientra tra "P1 - Aree per impianti produttivi esistenti confermati e di completamento (*ammesso terziario)" e "P2 - Aree per impianti produttivi di nuovo impianto (*ammesso terziario)". Pertanto, si legge più avanti "... Si configura ... una diretta compatibilità all'aggiornamento con una più specifica vocazione dell'area finalizzandola alla erogazione di pubblici servizi, aree di tipo "F", con la possibilità di approfondire ulteriormente la destinazione a **servizio pubblico ospedaliero "F_B"**.



Si ritiene, comunque, di osservare che la scelta localizzativa rischia di generare una polarità isolata, non organicamente integrata nel sistema territoriale esistente e potenzialmente generatrice di ulteriori pressioni insediative lungo l'asse della SP662. Aspetti questi dei quali bisogna tenere conto all'interno di una specifica cornice pianificatoria.

Dal punto di vista morfologico e funzionale, il masterplan evidenzia una struttura articolata in corpi di fabbrica collegati da una *main street* interna, concepita per la differenziazione dei flussi ospedalieri. Tale impianto garantisce efficienza distributiva, ma produce un organismo compatto e autonomo, scarsamente permeabile nei confronti del contesto circostante. Gli spazi aperti - piazza pubblica d'ingresso, rambla pedonale, giardini terapeutici e aree di mitigazione - pur rappresentando un apprezzabile tentativo di compensazione paesaggistica, non si configurano ancora come una vera infrastruttura ecologica territoriale. L'indice di impermeabilizzazione (oltre il 40% della superficie complessiva) e la frammentazione del verde suggeriscono di integrare nel progetto un sistema diffuso di soluzioni basate sulla natura (SUDS, *rain gardens*, corridoi verdi e pavimentazioni drenanti), in coerenza con le linee guida regionali sulla gestione sostenibile delle acque meteoriche.

La rete di accessibilità costituisce un ulteriore punto di attenzione. Lo schema viabilistico, centrato sulla SP662 e su nuove rotatorie di adduzione, privilegia l'uso dell'automobile privata. Il piano dei parcheggi - oltre n. 1.200 posti tutti a raso - determina un notevole consumo di suolo e un impatto visivo e ambientale rilevante, pur prevedendo mitigazioni a verde e dune antirumore. Dal computo planimetrico riportato negli elaborati tecnici, le superfici relative ai parcheggi e alle relative corsie interne ammontano a circa 42.000mq circa, corrispondenti a circa il 29% dell'intero lotto di progetto: una superficie davvero notevole e rilevante da un punto di vista della disciplina urbanistica.

Nello scenario futuro la rete viaria si amplia ma non evolve verso un modello intermodale: mancano connessioni forti con il trasporto pubblico, con la stazione ferroviaria di Savigliano e con la rete ciclabile locale. Per un'infrastruttura pubblica di rango territoriale, ciò rappresenta una lacuna sostanziale. La Sezione ritiene, quindi, opportuno che venga predisposto un Piano della Mobilità Sostenibile e del Mobility Management dell'ospedale, con obiettivi misurabili di riduzione della quota di accessi in auto, la realizzazione di parcheggi multipiano o coperti con fotovoltaico integrato, percorsi ciclopedonali protetti e nodi di interscambio con il TPL.

Nel complesso, il progetto esprime un elevato livello di qualità funzionale, ma evidenzia alcune criticità urbanistiche strutturali:

- una localizzazione periurbana che richiede forti garanzie di integrazione pianificatoria e di contenimento del consumo di suolo;
- un'impostazione insediativa introversa, più simile a un campus monofunzionale che a una nuova centralità territoriale;
- un sistema di accessibilità ancora fortemente autoveicolare;
- un verde prevalentemente ornamentale, non ancora configurato come dispositivo ecologico o climatico.

Solo un'impostazione integrata e multi-scala potrà trasformare il nuovo complesso ospedaliero da mera infrastruttura sanitaria in una nuova centralità pubblica sostenibile, capace di generare qualità urbana, valore ambientale e coesione territoriale nel quadrante nord-ovest della provincia di Cuneo.

C'è, infine, un vuoto argomentativo che, pur esulando dai contenuti di un PFTE, deve essere coperto in una prospettiva di pianificazione territoriale e urbanistica di area che contempli il riuso dei presidi ospedalieri

attuali di Savigliano, Saluzzo e Fossano che si prevede di dismettere. A tal proposito si segnala l'opportunità di predisporre un masterplan territoriale che dia a questi ultimi un senso urbanistico e un nuovo ruolo urbano.

Aspetti geologici e geotecnici

Aspetti geologici

Dal punto di vista geomorfologico, l'area si inserisce nella Pianura Cuneese, caratterizzata da una morfologia pianeggiante, a quota intorno ai 315m s.l.m., leggermente inclinata verso nord. La sua conformazione è dovuta alla coalescenza delle conoidi dei torrenti Varaita, Maira e Mellea. L'assetto geologico individua nei primi metri terreni a granulometria fine, al di sopra di depositi alluvionali ghiaioso-sabbiosi di maggiore spessore, mentre a profondità maggiori (60 - 70m) si collocano i depositi villafranchiani.

Dal punto di vista idrogeologico, l'area è interessata da una falda freatica superficiale con soggiacenza ridotta, in media compresa tra 2 e 3m dal piano campagna, e con deflusso orientato verso nord-nordest. Tale condizione rappresenta un elemento da considerare attentamente sia in fase di scavo che durante la realizzazione delle opere, poiché può comportare interazioni con le strutture e con eventuali servizi previsti dal progetto.

L'analisi dei vincoli normativi e pianificatori mostra che il sito non è soggetto a vincolo idrogeologico e non ricade in aree a rischio individuate dal PAI (Piano di Assetto Idrogeologico) o dal PGRA (Piano di Gestione del Rischio Alluvioni). Secondo la pianificazione urbanistica del Comune di Savigliano, il lotto ricade in Classe II di idoneità urbanistica, vale a dire aree pianeggianti con moderata pericolosità geomorfologica, prive di reticolo idrografico attivo, ma con presenza di falda libera superficiale. Anche questo elemento conferma la necessità di monitoraggio costante in fase esecutiva.

Per quanto riguarda la risposta sismica del sito, le indagini MASW e HVSR hanno permesso di individuare quattro sismostrati con velocità delle onde di taglio comprese tra 180m/s nei primi metri e circa 450m/s oltre i 10m. Il parametro VS30 calcolato è pari a 366m/s, attribuendo quindi all'area la classe di suolo "B" secondo le NTC 2018, generalmente favorevole. Tuttavia, le analisi HVSR hanno messo in evidenza una frequenza di risonanza di circa 2Hz, dato che impone una valutazione specifica nella progettazione strutturale per evitare fenomeni di amplificazione sismica. Il territorio ricade in Classe sismica 3, corrispondente a un'area a sismicità medio-bassa, nella quale è comunque obbligatoria la progettazione antisismica delle strutture secondo le NTC 2018.

In sintesi, i principali punti critici che emergono dall'analisi della relazione e che si raccomanda di approfondire sono:

- la presenza di una falda superficiale molto ridotta che condiziona le opere di scavo;
- la necessità di considerare attentamente la risposta sismica locale legata alla bassa frequenza di risonanza.

Pur non essendo un'area classificata "ad alto rischio idrogeologico o alluvionale", le condizioni ambientali e geotecniche richiedono particolare attenzione e monitoraggio nelle successive fasi di progettazione ed esecuzione.

Aspetti geotecnici

Il modello geotecnico delle caratteristiche dei terreni di fondazione è stato predisposto sulla base di due campagne di indagini geognostiche condotte nel 2024 e 2025.

La campagna del 2024 ha compreso trincee esplorative, prove penetrometriche dinamiche DPSH, che hanno raggiunto 10m di profondità, e uno stendimento sismico MASW e un rilievo HVSR. Nel 2025 sono state eseguite nuove trincee esplorative, prove DPSH, la posa di n. 4 piezometri, finestrati sino a - 15m, e un ulteriore

stendimento MASW. Sono stati, inoltre, eseguiti due sondaggi spinti sino a 30m di profondità, indagini programmate ma non eseguite in precedenza per le difficoltà di accesso all'area, ma significative per indagare il volume significativo interessato dalle fondazioni. Nel corso dei sondaggi sono state condotte prove di resistenza dinamica SPT e prelevati campioni che, insieme a quelli estratti dai fori per i piezometri, sono stati sottoposti a prove di laboratorio di classificazione e taglio diretto.

Il modello geotecnico viene rappresentato da un primo strato superficiale (A) dello spessore sino a 2,7m di limi sabbiosi e argillosi, non interessato dalle fondazioni, e successivamente dal deposito fluviale (B) costituito da sabbie sabbiose limose con ghiaia e ciottoli che si spinge sino ad almeno 60m di profondità. Sulla base dei risultati delle prove SPT i terreni sono stati caratterizzati da densità da medie ed alte (σ di 36° sino a 15m e 42° sino a 60m) e modulo di compressibilità crescente da 27 a 43 MPa. I risultati delle prove a taglio diretto eseguite in laboratorio su campioni rimaneggiati non appaiono rappresentative.

Va sottolineato come tale modello nello sviluppo del progetto, inizialmente, si sia basato su indagini limitate a 15m di profondità e, quindi, con ipotesi del tutto cautelative sui parametri caratteristici, modello che successivamente è stato modificato sulla base dei risultati dei due sondaggi profondi, che hanno evidenziato caratteristiche degli strati di fondazione decisamente migliori. I progettisti hanno, comunque, mantenuto nel dimensionamento delle fondazioni le ipotesi iniziali del tutto cautelative, in particolare per quanto riguarda i parametri di compressibilità. Il progetto delle strutture dell'edificio ospedaliero principale e di quelli di servizio prevede fondazioni a platea generale dello spessore di 1,00m impostati sulla formazione B. Sono stati, inoltre, previsti pali di consolidamento del terreno, con la sola funzione di riduttori di cedimenti, del tipo trivellato, del diametro di 0,6m e della lunghezza di 16m disposti ad interasse variabile in funzione delle sollecitazioni trasmesse.

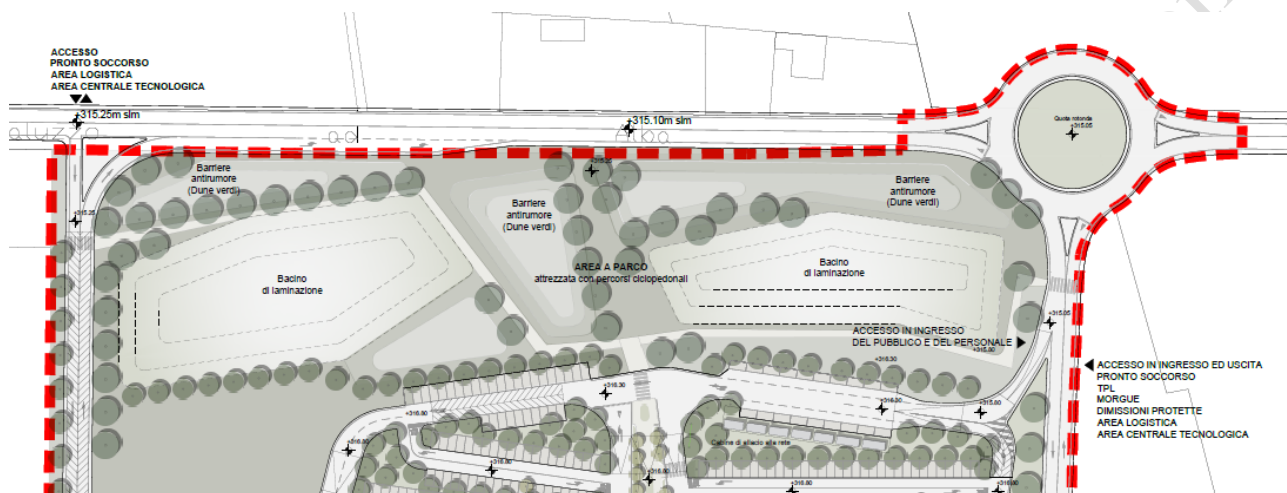
La scelta progettuale delle fondazioni risulta, cautelativa nel dimensionamento e nella stima del comportamento nei confronti dei cedimenti con particolare riguardo ai pali di consolidamento. A questo proposito, in questa fase progettuale (PFTE), è opportuno completare il modello strutturale utilizzato nel progetto, in condizioni SLU, con la presenza dei pali riduttori di cedimento in modo da verificare le ipotesi sulla loro lunghezza e distribuzione non solo sul singolo elemento.

Aspetti idrologici ed idraulici

Come già evidenziato, l'area di intervento non rientra nell'ambito delle fasce fluviali soggette pericolosità idraulica come individuate dal Piano di gestione del rischio di alluvioni dell'Autorità di Bacino del fiume Po. Tuttavia, come si legge nella *Relazione idraulica* (elaborato 1065_D_EX_GEN_00_00_0001-r01), nel Piano Regolatore Generale del Comune di Savigliano l'ambito di intervento ricade in area di idoneità di classe II, così definita: *“Comprende i settori del territorio Comunale esterni alla delimitazione delle Fasce B e B di progetto dei T. Maira e Varaita e delle fasce di esondazione con acque di elevata e media energia del T. Mellea, definite dal limite della piena con Tr100 anni nel tratto urbano per il quale sono state proposte le opere di protezione (studio idraulico società HYDRODATA), e dal limite della piena con Tr 200 anni al di fuori di tale tratto (fatte salve le variazioni dovute a diverse delimitazioni indicate dall'Autorità di Bacino). Questi settori sono caratterizzati da condizioni di moderata pericolosità geomorfologica, determinata da acque di esondazione di bassa energia (altezze generalmente centimetriche-decimetriche, e tali da non comportare fenomeni significativi di erosione, trasporto o deposizione), dalla presenza di terreni le cui caratteristiche geotecniche sono localmente scadenti, dalla condizione di una ridotta soggiacenza della falda freatica (in media 2-3 m da p.c.). Le condizioni descritte possono essere agevolmente superate mediante i necessari accorgimenti tecnici che richiedono per nuove opere”*. In considerazioni di tali previsioni del PRG

e della necessità di garantire l'accessibilità e la funzionalità della struttura anche durante eventi alluvionali, la Sezione prescrive un approfondimento della relazione idraulica che correda il PFTE, mediante l'implementazione di idonea modellazione matematica che consenta di individuare l'estensione delle aree interessate da inondazioni al variare del tempo di ritorno nonché di valutare i relativi tiranti idrici.

Con riferimento alla rete di drenaggio, il progetto prevede il calcolo per un tempo di ritorno delle precipitazioni pari a 50 anni. A favore di sicurezza, il coefficiente di deflusso per tutte le superfici è stato assunto pari a 0,90 e il volume da invasare ai fini dell'invarianza idraulica è risultato pari a 5.478 m³; tale volume sarà immagazzinato mediante due bacini a cielo aperto, collegati idraulicamente e ubicati nella porzione Nord del lotto, e un bacino interrato sul lato Sud.



Per lo smaltimento delle acque di pioggia, l'ipotesi progettuale prevede di realizzare una serie di pozzi drenanti posti a valle dei bacini di laminazione, finalizzati a garantire la dispersione nel sottosuolo delle acque meteoriche accumulate all'interno del perimetro dell'area di intervento. In proposito, la Sezione raccomanda di verificare, con gli organi preposti alla tutela ambientale, la compatibilità dell'immissione delle acque in falda in base al D.lgs. 152/2006 e s.m.i.

Con riferimento alle acque di prima pioggia, il progetto prevede la realizzazione di n. 3 impianti di trattamento a servizio delle aree a parcheggio. Tali impianti includono la sedimentazione della frazione solida e la separazione delle sostanze flottanti (quali olii e idrocarburi) provenienti dalle aree dilavate. Il progetto prevede, inoltre, di intercettare le acque di pioggia provenienti dalle coperture dell'edificio all'interno di una vasca di recupero, al fine di alimentare l'impianto irriguo delle aree esterne sistemate a verde.

Per quanto riguarda lo smaltimento delle acque nere nella fognatura pubblica, i progettisti riferiscono di aver verificato con il gestore dell'impianto la possibilità della rete fognaria esistente di ricevere le acque scaricate dal nuovo intervento. La Sezione raccomanda, comunque, la necessità di procedere ad analoghi accertamenti con gli Enti gestori anche con riferimento alla disponibilità idrica richiesta alla rete di adduzione idro-potabile.

Infine, dovrà essere verificato e giustificato il numero, il diametro ed il posizionamento dei pluviali posizionati sulle coperture e deputati allo smaltimento delle acque meteoriche.

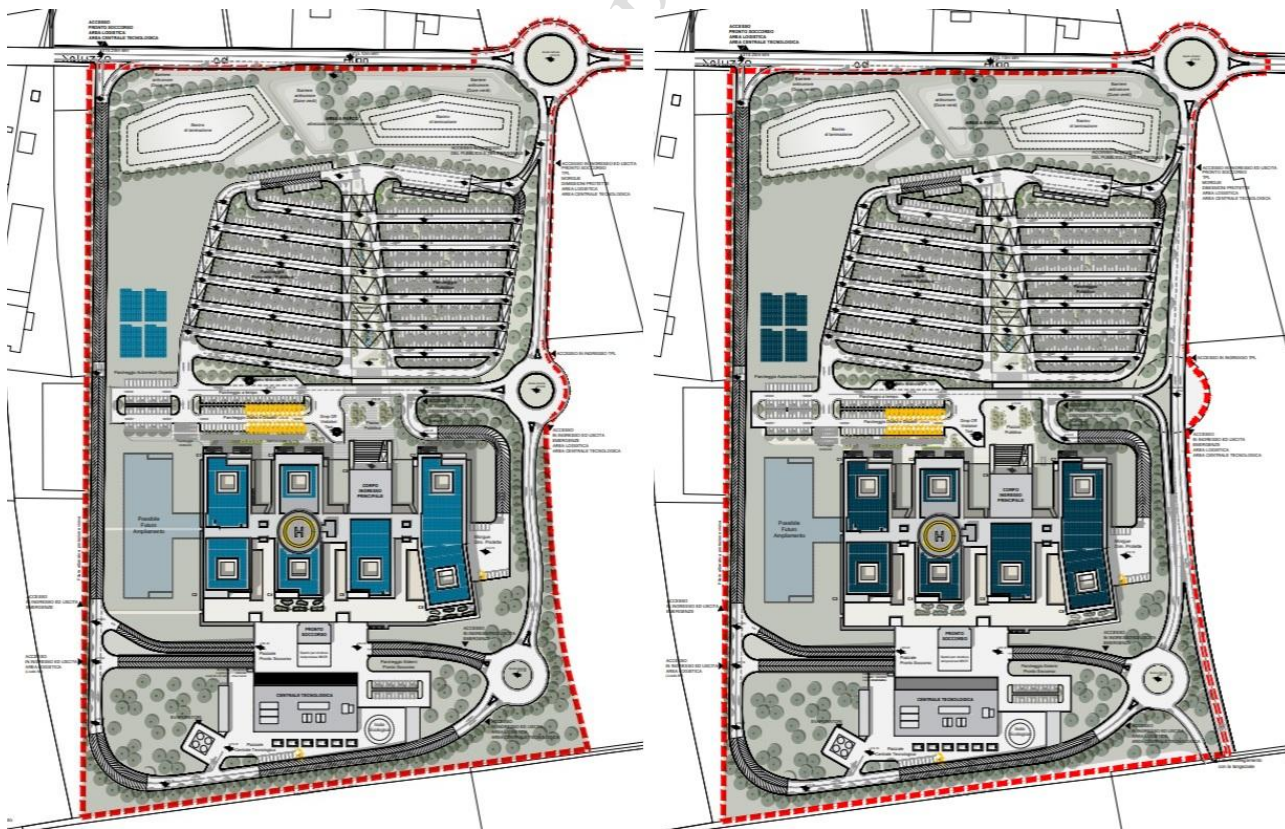
Aspetti relativi alla viabilità

Il progetto contiene uno studio trasportistico finalizzato a verificare l'impatto generato sul traffico indotto dall'ospedale nell'area di studio, nonché la previsione delle opere relative sia alla viabilità interna al lotto di progetto, sia al collegamento con la viabilità extraurbana presente nell'area di interesse.

A riguardo, si ritiene che le metodologie e gli approfondimenti compiuti per le valutazioni trasportistiche siano corrette, attendibili ed esaustive; da esse si evince una condizione di sostanziale sostenibilità per gli impatti sul traffico in condizioni ordinarie di circolazione.

Diversa è, però, la valutazione relativa a possibili condizioni emergenziali, indotte, per esempio, da fenomeni meteorologici critici o da eventi sismici, ovvero anche dal verificarsi di gravi incidenti nell'ambito della stessa circolazione stradale. In tali situazioni, tipicamente, si rende necessario garantire l'accesso alle strutture sanitarie, mentre invece la tipologia di infrastrutture di viabilità, a servizio del territorio su cui insisterà il nuovo ospedale, presenta limitazioni intrinseche riguardo alla capacità di soddisfare le esigenze di accessibilità e la domanda di traffico. La tipologia e la configurazione dell'unica strada di accesso al sito ospedaliero (SP 662, strada extraurbana secondaria a unica carreggiata), nonché delle intersezioni poste a monte e a valle del tratto stradale sotteso al sito di intervento (rotatorie convenzionali e/o compatte), rende tali archi e nodi particolarmente soggetti a subire fenomeni di blocco della circolazione - pressoché totale - in caso di eventi critici.

Anche ai fini del superamento di queste criticità, gli strumenti di pianificazione territoriale, a livello provinciale e comunale, prevedono infatti la realizzazione della nuova "Tangenziale di Savigliano", ipotizzando per questa infrastruttura la funzione di "connessione di progetto al sistema autostradale" con configurazione "a doppia carreggiata". Come risulta dagli elaborati trasmessi - in particolare dal confronto tra *Masterplan* e *Masterplan - Scenario con futura tangenziale* (rispettivamente elaborati C1065_D_EX_MAS_00_00_1001-r01 e C1065_D_EX_MAS_00_00_1003_r01) il progetto dell'ospedale presenta, tra gli scenari analizzati, anche quello di realizzazione della nuova tangenziale e definisce, in tale prospettiva, le relative predisposizioni riguardanti gli accessi al sito. Nella figura seguente, a sinistra è il masterplan del PFTE all'esame, a destra la soluzione con la futura tangenziale.



Stante quanto descritto, si raccomanda che l'avanzamento della progettazione del nuovo ospedale e la sua realizzazione siano sviluppate in coordinamento e in coerenza con la concretizzazione di tale previsione pianificatoria, cosicché la funzionalità della nuova struttura ospedaliera - in quanto infrastruttura strategica territoriale - non possa risultare compromessa a causa delle descritte caratteristiche e limitazioni della viabilità esterna.

Aspetti architettonici

Gli elementi di riconoscibilità alla base del masterplan del nuovo sito ospedaliero sono dichiarati nella volontà di *"... integrare tutti gli elementi che lo compongono come i manufatti architettonici, le strade, il sistema dei parcheggi, le barriere antirumore lungo SP662, i bacini di laminazione, i percorsi ciclopedonali e quant'altro, in un disegno generale di grande valenza paesaggistica, andando a caratterizzare l'intera area d'intervento come un parco pubblico. ... di alto livello di comfort ambientale."*

Nella sistemazione dell'area - inserita in un contesto nel quale mancano i riferimenti tipici di un impianto urbano (assi stradali e prospettici, piazze, edifici monumentali ecc.) - assume carattere fondante il nuovo complesso che si caratterizza planimetricamente con un impianto aperto "a doppio pettine" articolato con corpi alti impostati ortogonalmente su un asse est-ovest, *"spina dorsale del complesso ospedaliero"*, che accoglie il connettivo principale (orizzontale e verticale). Una impostazione seriale che ha inizio ad est - come attesta la rotazione del corpo posto all'angolo sud-est - e procede verso ovest dove la serie si interrompe in modo indifferenziato ad annunciare la possibilità di futuro ampliamento *"... con le stesse caratteristiche a architettoniche e funzionali"*. Nella scelta di questo impianto si individua e apprezza la capacità dichiarata di potersi *"adottare future esigenze di espansione senza compromettere la coerenza architettonica e funzionale dell'intero complesso."* e di consentire la realizzazione dell'ospedale *"... per fasi successive, garantendo una crescita progressiva della struttura in base alle necessità sanitarie e alla disponibilità di finanziamenti futuri"*.



Da questo impianto origina la sistemazione delle aree esterne che ha il suo asse nella "rambla" che connette l'area parcheggi - percorsi ciclabili e pedonali con l'ingresso principale dell'ospedale al quale si è scelto di dare un carattere ben riconoscibile e definito attraverso una ampia scalinata di accesso che introduce nel volume di un atrio al quale si è voluto dare il ruolo di *"vero e proprio landmark visivo ... volutamente iconico"* e con ruolo polarizzante per gli utenti.

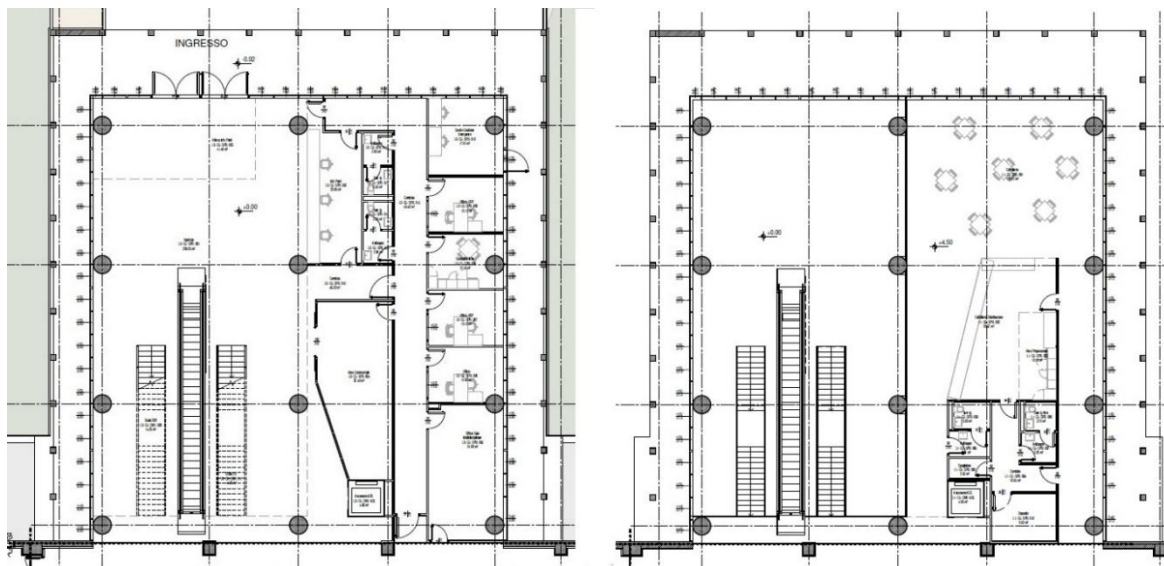
La semplice stereometria è definita da un ordine gigante “di ispirazione razionalista” che cinge una facciata continua vetrata a doppia altezza che invita ad accedere allo spazio interno di accoglienza la cui descrizione contenuta nella *Relazione illustrativa generale* (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0001_r00) ne sottolinea il carattere di volume interagente con la luce naturale e con l’ambiente circostante.



Vista l’importanza attribuita a questo volume, nel PFTE in esame non si riscontra un livello di approfondimento progettuale che lo stesso avrebbe richiesto. La stessa definizione funzionale dello spazio interno - particolarmente importante visto il compito di primo accesso allo spazio confinato che questi spazi hanno - non presenta un adeguato livello di controllo compositivo. Ad attestare questa considerazione, non si rinviene, tra gli elaborati trasmessi, alcuna vista interna che faccia apprezzare gli assunti progettuali che rimandano, in modo enfatico, a “*percezione di straordinaria continuità spaziale*”, a “*stringenti criteri di efficienza funzionale*” e a “*particolare attenzione all’umanizzazione degli ambienti*”. Per quanto la rappresentazione grafica del volume di ingresso sia insufficiente a definirlo in maniera compiuta, l’esame delle sole viste bidimensionali disponibili permette di rilevare criticità la cui soluzione è necessario sia cercata in questa fase progettuale, anche ai fini di una qualità dello spazio interno, imprescindibile per uno spazio di rappresentanza qual è quello in questione.

Ci si riferisce, a mero titolo indicativo e non esaustivo, alle seguenti criticità:

- adozione di elementi strutturali verticali non coordinati con l’involucro, oltre che strutturalmente sovradimensionati;
- destinazione di buona parte della superficie del piano terra a funzioni - per le quali si potrebbe trovare una diversa collocazione - che rendono fin troppo denso lo spazio interno fino a farlo sembrare insufficiente alla funzione principale;
- definizione dell’attacco del solaio del primo piano con le colonne;
- mancato coordinamento degli elaborati progettuali fra loro (piante, sezioni, dettagli);
- posizione degli scarichi dei bagni del primo piano.



Ci si riferisce, a mero titolo indicativo e non esaustivo, alle seguenti criticità:

- adozione di elementi strutturali verticali non coordinati con l'involucro, oltre che strutturalmente sovradimensionati;
- destinazione di buona parte della superficie del piano terra a funzioni - per le quali si potrebbe trovare una diversa collocazione - che rendono fin troppo denso lo spazio interno fino a farlo sembrare insufficiente alla funzione principale;
- definizione dell'attacco del solaio del primo piano con le colonne;
- mancato coordinamento degli elaborati progettuali fra loro (piante, sezioni, dettagli);
- posizione degli scarichi dei bagni del primo piano.

Meglio definite appaiono le scelte inerenti all'involucro del resto del complesso per il quale è apprezzabile la scelta nei confronti di pareti opache con netta prevalenza del pieno sulle bucatore che risultano ben dimensionate, distribuite e proporzionate a modulare il ritmo dei quattro prospetti. La scelta di privilegiare lo sviluppo verticale delle bucatore, in luogo dello sviluppo "a nastro", conferisce al complesso una spinta verso l'altro che in parte riequilibra la prevalenza dell'estensione planimetrica rispetto all'altezza che il presidio sviluppa. Una tensione verticale che trova apprezzabile completamento nella scelta di avvolgere le cubature tecniche poste sulle coperture piana con un rivestimento esterno costituito da lamelle in alluminio "a doppia zeta" la cui verniciatura in colore grigio antracite forma volumi scuri che caratterizzano l'attacco al cielo dei volumi più alti del complesso. Anche questo concorre a rafforzare l'idea di base dell'impianto e dei valori formali e compositivi che ne contraddistinguono l'immagine anche cromaticamente. Tuttavia, anche in questo caso, c'è da rilevare l'assenza di una puntuale descrizione della finitura esterna di questi "volumi tecnici" che appaiono solo appena accennati sulle viste esterne d'insieme, mentre mancano elaborati di dettaglio, come meglio evidenziato in altra parte del presente parere, che permettano di cogliere con completezza le componenti tecnologiche di questa scelta.

Dalle medesime viste esterne si rileva una mancata compiuta definizione anche delle porzioni di copertura piana destinate a "giardini terapeutici" e alle più volte richiamate "coperture inerbite" che, di fatto, contraddice le ragioni prime di queste scelte. La Sezione ritiene, pertanto, che se ritenute ancora valide tali scelte, il PFTE debba dare indicazioni più puntuali alla definizione delle stesse.

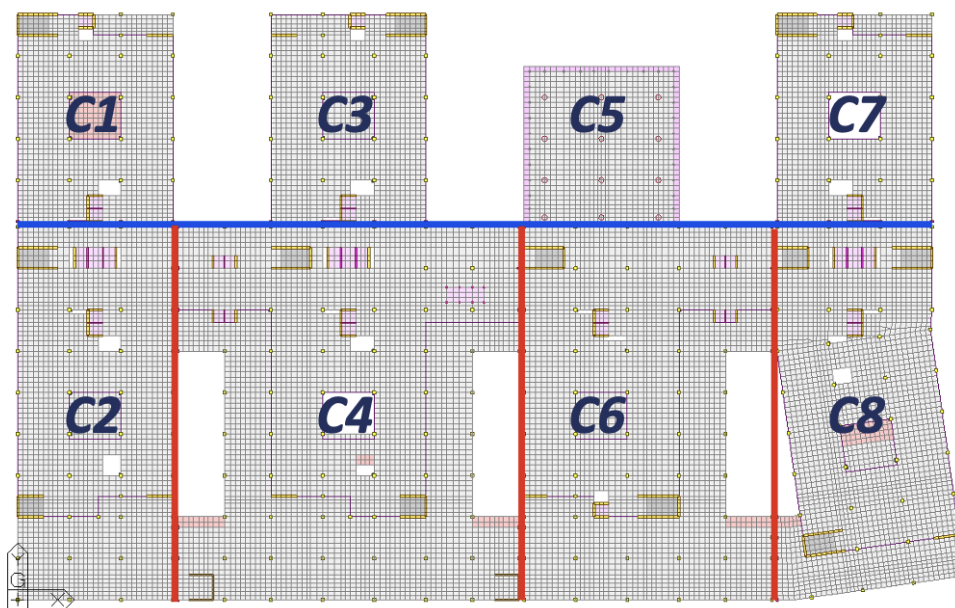
Infine, si ritiene di dover sottolineare l'importanza che rivestono per i complessi ospedalieri le aree esterne, le quali devono offrire la possibilità - per i pazienti, gli utenti indiretti (visitatori, accompagnatori e caregiver), il personale sanitario - di poter fruire di spazi di sosta e di relax lontani dal flusso incessante che avviene quotidianamente tra i parcheggi e l'accesso al nosocomio. Pertanto, stante la disponibilità di superficie esterna nel lotto in esame, si potrebbe pensare una ricalibrazione degli spazi esterni coinvolgendo interamente l'area, ivi comprese le due aree lungo il confine ovest, attualmente non utilizzate e destinate al futuro, eventuale, ampliamento

Aspetti strutturali

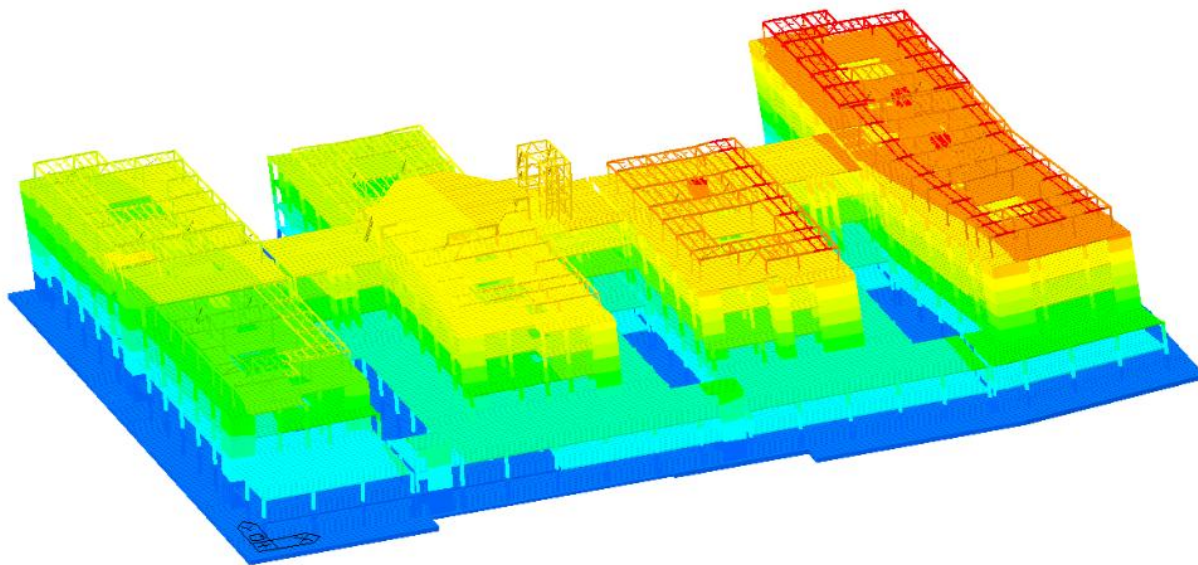
Dal punto di vista strutturale l'ospedale è organizzato in 8 corpi di fabbrica con 4 o 5 livelli fuori terra, oltre al "corpo d'entrata", ad un livello, la "centrale tecnologica" e la "baia di carico". Le fondazioni sono a platea. La struttura in elevazione è setti o pilastri in c.a., ad eccezione di quella relativa all'ultimo livello contenente gli impianti e all'elisuperficie, che è in carpenteria metallica.

La vita di riferimento è assunta pari a 200 anni ($V_N=100$ anni, CU IV) e lo spettro di progetto SLV presenta valore massimo, in corrispondenza del "plateau" di 0.4g.

Il progetto degli edifici allo SLV è stato concepito in campo elastico. I fabbricati sono separati da 7 giunti antimartellamento, che permettono gli spostamenti di traslazione lenti (i.e. dilatazioni termiche) perpendicolari ai giunti e bloccano le restanti caratteristiche di spostamento alla traslazione. Tale cinematisma è ottenuto attraverso l'accoppiamento di "shock transmitter", in direzione perpendicolare al giunto, e connettori a taglio, in direzione parallela al giunto. La figura rappresentativa dei giunti e dei vincoli è riportata di seguito.



Tali scelte progettuali forniscono ai corpi comportamento dinamico d'insieme, riportato nella figura seguente, con i primi modi di vibrazione aventi periodi tra 1.1 e 1 s. Il "corpo d'entrata" appare strutturalmente separato, con periodo del primo modo di vibrazione pari a 1.3s.



Per quanto concerne gli impianti a servizio dell'ospedale, non appaiono riportate prescrizioni particolari né sui macchinari né sulle tubazioni di collegamento tra essi e le utenze, né sui componenti singoli più critici (p.e. lampade scialitiche delle camere operatorie).

Tanto premesso si osserva che:

1. non appaiono chiare le ragioni della scelta di vincolare i diversi corpi (singolarmente regolari) dal punto di vista dinamico. Peraltro, il valore elevato del periodo dei primi modi di vibrazione dell'insieme appare dipendente da questa scelta. Si chiede di chiarire questo aspetto all'interno del PFTE;
2. il "corpo d'entrata" appare strutturalmente indipendente ed ha un singolo livello. I pilastri interni hanno sezione circolare pari ad 1m. Il periodo del primo modo di vibrazione è pari a 1.3s, quindi elevato. Il dimensionamento dei pilastri non appare giustificato. Il PFTE andrà modificato/integrato in tale senso;-
3. sebbene le azioni sismiche, rispetto al contesto italiano, non siano particolarmente elevate è necessario dettagliare, nel presente PFTE, le domande sismiche in termini di accelerazioni e/o spostamenti che impianti, tubature, elementi particolari quali le lampade scialitiche devono soddisfare. Mentre è rinviabile alla successiva fase progettuale il dettaglio esecutivo per soddisfare tali domande, l'esplicitazione quantitativa dell'attenzione a tali aspetti progettuali appare coerente con il presente livello di progettazione.

Aspetti relativi all'edilizia ospedaliera e sociosanitaria

Standard riferiti agli aspetti di programmazione sanitaria ed igienico-sanitari

Preliminarmente si evidenzia che il nuovo ospedale dell'ASL CN1 rientra nell'ambito più vasto della pianificazione sociosanitaria regionale. Questa ha stabilito che: *"il Nuovo Ospedale sarà il riferimento per tutta l'attività per acuti dei Distretti Nord Est e Nord Ovest dell'ASL CN1, assorbendo l'attività storica degli attuali Ospedali di Savigliano, Saluzzo e Fossano, per un totale di 310 posti letto, di cui 23 posti letto di Day Hospital, e 80 posti letto tecnici"*.

Sulla base dei documenti resi disponibili è possibile condurre una analisi del Documento di Indirizzo della Progettazione (DIP), posto a base dell'incarico di progettazione. Non è invece stata trasmessa la "Relazione Igienico-Sanitaria" presumibilmente elaborata dalla ASL, poiché necessaria per avere una chiara responsabilizzazione del committente rispetto a tutti gli aspetti ad essa afferenti.

Nel DIP è presente un capitolo 9. *Funzioni e reparti che costituiscono l'intervento* che cita testualmente: *“Il dimensionamento del Nuovo Ospedale si basa sull'analisi commissionata dalla Regione Piemonte alla ditta AGM Project Consulting di Milano. Il Nuovo Ospedale, sede di DEA di 1° livello, ospiterà 382 posti letto, di cui 57 posti tecnici”*. Di seguito si riporta la tabella inserita nel Documento.

AREE FUNZIONALI		Mq	PL RO	PL DH	PL TEC	DOTAZIONI	Note
AREA MATERNO INFANTILE	AMBULATORI OSTETRICA	100				2	2 ambulatori ostetrico - ginecologici
	BLOCCO PARTO	900				4	3 sale parto + 1 sala operatoria
	OSTETRICA	600	20	1			
	PEDIATRIA	550	11	1			2 oncopediatria - 2 camere facilmente sorvegliabili per disturbi comportamentali
	NIDO	250			19		
	PS OSTETRICO	550				3	1 box triage (unico con PS) + 1 box visita + 1 area per il monitoraggio cardiocotografico
	PS PEDIATRICO	220				2	1 box triage (unico con PS) + 1 box visita
Sub-Totale		3.170	31	2	19		
AREA DIURNA	DH ONCOLOGICO	380			6	4	6 pl DH oncologico + 4 ambulatori terapia oncologica
	DH MEDICO	100		4			
	DIALISI	480			18		16 pl + 2 isolati
	RADIOLOGIA	1.900				15	Rx 4 - Tac 2 - RMN 2 - eco 3 - mammografia 1 - mammografia screening 1 - MOC 1 - OPT 1
	POLIAMBULATORI	1.450				20	
	PRERICOVERI CENTRALIZZATI	300				5	Accettazione/attesa, sala prelievi, ambulatorio ECG, Ambulatorio anestesilogico e sala programmazione/colloquio.
	CENTRO PRELIEVI	150				6	5 box prelievi, 1 punto per prelievi speciali (ginecologici, ecc.)
Sub-Totale		4.760	0	4	24		
AREA INTERVENTISTICA	EMODINAMICA	820				2	2 sale emodinamica, 1 sala preparazione pazienti
	BLOCCO OPERATORIO	2.200				9	2 SO attività ordinaria + 1 SO ibrida + 3 SO chir. Minore + 1 SO urgenze + 1 SO CAC + 1 sala endoscopia urologica
	ENDOSCOPIA	880				3	2 sale endoscopia digestiva, 1 sala endoscopia di screening
Sub-Totale		3.900	0	0	0	14	
AREA DEGENZE	CHIRURGIE CHIRURGICHE	CHIRURGIA GENERALE	22				
		OCULISTICA	1				
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	26				
		UROLOGIA	7				
		OTORINOLARINGOIATRIA	6				
		GINECOLOGIA	6				
		DAY SURGERY MULTISPECIALISTICI	750		15	4	15 pl DS, 4 pl tecnici di chirurgia ambulatoriale
	sub-tot. Degenze chirurgiche		3.450	68	15	4	
	DEGENZE MEDICHE	MEDICINA GENERALE	2.750	105			compresa geriatria
		CARDIOLOGIA	500	17			
		NEUROLOGIA	500	12			di cui 4 stroke unit (semintensiva)
		PSICHIATRIA	800	16			2 ambulatori SPDC
	sub-tot. Degenze mediche		4.550	150			
	DEGENZA POST ACUZIE	RIF DI III LIVELLO	800	10			
		UNITA' STATI VEGETATIVI	800	5			palestra interna
	DEGENZE SOLVENTI		100	7	1		
Sub-Totale		9.700	240	16	4		
AREA DEGENZE INTENSIVE	TERAPIA INTENSIVA		1.350	16	1		
	UNITA' CORONARICA		900	7			
Sub-Totale		2.250	23	1			
AREA URGENZA	PRONTO SOCCORSO		2.400		10	25	- 10 posti letto OBI - 1 box triage - 7 box codici a bassa intensità di cura - 8 box codici a media intensità di cura - 2 shock room - 3 pl isolato - 1 ambulatorio ortopedico - 1 ambulatorio chirurgico; Diagnostiche dedicate: 2 RX, 1 TC, 1 ECT degenza semintensiva
	MEDICINA D'URGENZA		8				
Sub-Totale		2.400	8		10	25	
AREA SERVIZI SANITARI	CENTRALE STERILIZZAZIONE		800				
	FARMACIA		1.000				2 camere bianche; 1 laboratorio galenica
	MORGUE		900				4 camere ardenti - 1 sala autoptica
	CENTRO TRASFUSIONALE		600				2 amb. Trattamenti terapeutici + 1 amb. Ematologia + 2 box terapie + 4 box donatori
	ANATOMIA PATOLOGICA		700				studi medici 7 per solo 1 medico di piccole dimensioni 1 direttore, medici, biologo 1 biologia molecolare 1 immunostochimica con espulsione 1 sala riduzione 1 processatori e armadio riserve con espulsione 1 deposito infiammabili con espulsione 1 archivio per vetrini 1 deposito tiseneria coordinatore
	LABORATORIO ANALISI		1.000				5 box prelievi - locale frigoriferi -
	Sub-Totale		5.000				
AREA PERSONALE	UFFICI AMMINISTRATIVI		2.500				2 sale riunioni - centro congressi - direzione sanitaria - uffici
	UFFICI MEDICI		800				
	MENZA		1.200				
	SPOGLIATOI		2.000				
Sub-Totale		6.500					
AREA UTENTI	INGRESSI		800				
	SERVIZI UTENTI		800				
Sub-Totale		1.600					
SERVIZI GENERALI	RISTORAZIONE-CUCINA		1.000				
	MAGAZZINO E DEPOSITI		1.250				
	AREA CULTO		150				
	HOUSE KEEPING		450				
	OFFICINE		500				
	SERVIZI ECOLOGICI		250				
TECNOLOGICO			1.000				sala server
Sub-Totale		4.600					
CONNETTIVO	CONNETTIVO GENERALE		11.000				
AREA PARCHEGGIO	PARCHEGGI					700	Posti Auto
AREA IMPIANTI	CENTRALE TECNOLOGICA						
TOTALI		54.880	302	23	57		

Nel PFTE è presente la *Relazione specialistica di progettazione clinica-gestionale* (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0007_r00) che riporta la seguente tabella.

DATI DI INPUT PROGETTUALI: POSTI LETTO				
NUOVO OSPEDALE DEL QUADRANTE NORD OVEST DI CUNEO				
(Saluzzo, Savigliano, Fossano)				
REPARTO / UNITA'		POSTI LETTO		
AREA	UNITA'	PL RO	PL DH	PL TEC
AREA MATERNO INFANTILE	AMBULATORI OSTETRICA			
	BLOCCO REPARTO			
	TIN			
	OSTETRICA	20	1	
	PEDIATRIA	11	1	5
	NIDO			12
	PS OSTETRICO			
	PS PEDIATRICO			
	TOTALE	31	2	17
AREA DIURNI	SERVIZIO DI ONCOLOGIA			14
	DH MEDICO			
	DIALISI			22
	RADIOLOGIA			
	DS			
	POLIAMBULATORI			
	PRERICOVERI CENTRALIZZATI			
	CENTRO PRELIEVI			
	TOTALE	0	0	36
AREA INTERVENTISTICA	CHIRURGIA AMBULATORIALE			
	EMODINAMICA			
	BLOCCO OPERATORIO			
	ENDOSCOPIA			
	TOTALE	0	0	0
DEGENZE CHIRURGICHE	CHIRURGIA GENERALE	22		
	OCULISTICA	1		
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	26		
	UROLOGIA	7		
	OTORINOLARINGOIATRIA	6		
	GINECOLOGIA	6		
	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICI		15	1
	TOTALE	68	15	1
DEGENZE MEDICHE	MEDICINA GENERALE	105		
	GERIATRIA		4	
	CARDIOLOGIA	17		
	NEUROLOGIA	12		2
	PSICHIATRIA	16		
	TOTALE	150	4	2
DEGENZE SOLVENTI	DEGENZE SOLVENTI	7	1	
	TOTALE	7	1	0
AREA DEGENZE INTENSIVE	TERAPIA INTENSIVA	16		
	UNITA' CORONARICA	7		
	TOTALE	23	0	0
AREA EMERGENZA	PRONTO SOCCORSO			20
	MEDICINA D'URGENZA	8		
	TOTALE	8	0	20
AREE NON PREVISTE NEL DIP	DIMISSIONI PROTETTE - RICOVERI PROGRAMMATI			
	AMBULATORI CHIRURGICI			
	TERAPIA ANTALGICA		1	4
	CAS			
	TOTALE	0	1	4
CALCOLO POSTI LETTO		287	23	80
TOTALE		390		

Dotazione Posti letto

Si osserva che il quadro progettuale del PFTE si discosta da quanto prescritto nel DIP:

DIP

Posti letto ordinari: 302 Posti letto in day hospital: 23 Posti letto tecnici: 57 Totale: 382

PFTE

Posti letto ordinari: 287 Posti letto in day hospital: 23 Posti letto tecnici: 80 Totale: 390

Tale scostamento, non rilevato nella Relazione istruttoria trasmessa, dovrà pertanto essere giustificato o corretto.

Ulteriormente si osserva che il DIP, in apertura del capitolo 9 citato, testualmente riporta: *“Il dimensionamento del Nuovo Ospedale si basa sull’analisi commissionata dalla Regione Piemonte alla ditta AGM Project Consulting di Milano”*.

Dalla analisi operata sulla documentazione integrativa inviata dalla ASL CN 1 si rileva la presenza di due documenti datati rispettivamente 27/01/2022 e 04/03/2022, assunti a protocollo della ASL CN 1 in data 23/11/2022, dal titolo *Analisi della rete erogativa della Provincia di Cuneo, definizione delle azioni di riordino e dimensionamento clinico-gestionale dei nuovi Ospedali di Cuneo e di Savigliano-Saluzzo*. Questi appaiono essere i documenti sulla base dei quali è stata redatta la progettazione sanitaria del nuovo presidio ospedaliero. Si presume - senza averne l’attestazione - che i documenti siano stati assunti dall’Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte e fatti propri dalla ASL CN 1 con Delibere approvative.

I documenti risultano redatti da una Società di consulenza, la AGM Project Consulting s.r.l. di Milano, ma dalla loro lettura non si evince nessuna assunzione di titolarità e responsabilizzazione da parte di professionisti dotati delle competenze necessarie. I documenti, a differenza di quanto previsto in tutti gli elaborati programmatori e progettuali di un’opera pubblica, non recano alcun nominativo e tantomeno qualifica che ne attesti la professionalità e la competenza specialistica.

Si osserva che alla base di questa fase progettuale non è rilevabile in atti una “Relazione igienico-sanitaria” elaborata dalla ASL CN 1 e sottoscritta da un Direttore Sanitario, esperto di tecnica ospedaliera.

In merito il quadro normativo di riferimento è quello sinteticamente di seguito riportato.

- La legge 833/1978, istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale prevede, all’art. 2, che la Direzione Sanitaria *“cura l’organizzazione tecnico-sanitaria ed il buon andamento igienico-sanitario dei servizi ospedalieri”*;
- Il DCG 20/1939 “Istruzioni per le costruzioni ospedaliere”, non mai revocato nonostante la sua vetustà, prevede che: *“L’ente deve produrre al prefetto domanda corredata del piano finanziario e del progetto di massima, illustrati da una relazione tecnico-sanitaria a firma dell’ingegnere progettista e di un medico competente in igiene ospedaliera”*;
- Il D.P.R. 128/1969 “Ordinamento dei servizi ospedalieri” e “Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura” all’art. 2 recita *“la Direzione sanitaria cura l’organizzazione tecnico-sanitaria ed il buon andamento igienico-sanitario dei servizi ospedalieri, propone l’acquisto e la scelta degli apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari ed esprime parere, ai fini sanitari, circa le trasformazioni edilizie”*;
- Il D.lgs n. 502/1992 + 517/1993 e il successivo D. Lgs n. 229 /1999 ribadiscono le stesse attribuzioni di ruolo indicando che *“... il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari ...fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza”*.

Dall'esame degli atti resi disponibili non sembra si sia tenuto conto di tali disposizioni. Il DIP rappresenta l'atto fondante di tutto il successivo processo di progettazione e la carenza di elementi tipici di una relazione sanitaria: dagli aspetti relativi alla situazione di contesto, alla programmazione, alla definizione delle funzioni rappresentate e al loro dimensionamento e assetto organizzativo, alla definizione dei requisiti funzionali, strutturali, impiantistici, possono costituire impedimento all'ordinato e razionale sviluppo del progetto edilizio. È invece presente nel PFTE la già citata *Relazione specialistica di progettazione clinica-gestionale*, non specificamente sottoscritta da un professionista con qualifica di specialista sanitario.

Appare logico ed opportuno che il progettista si avvalga di un professionista della materia, usualmente identificato in un medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva ed esperto di Tecnica Ospedaliera.

La relazione sanitaria viene solitamente redatta da:

- un medico igienista iscritto all'albo e con esperienza nella progettazione sanitaria;
- in alcuni casi, da un team multidisciplinare che include anche ingegneri clinici e gestionali, ma con il parere medico sanitario sempre presente e prioritario.

In base alle normative vigenti l'accreditamento istituzionale di una struttura sanitaria è subordinato all'esame di compatibilità clinico-organizzativa, presentato tramite una relazione dettagliata, la quale necessariamente deve essere valutata dal Responsabile Sanitario.

L'obbligo che la relazione sia redatta o firmata da un medico deriva dal combinato disposto tra le norme regionali che regolano autorizzazione e accreditamento e la prassi amministrativa, secondo cui il documento deve provenire da una figura sanitaria competente (tipicamente il Direttore Sanitario o un medico igienista).

Nel merito, dalla analisi dei documenti si evidenziano alcune carenze rispetto ai contenuti di una "Relazione tecnico-sanitaria" abitualmente di accompagnamento di un progetto di opera ospedaliera, sia esso a livello di PFTE che a livello di progetto esecutivo.

Le informazioni contenute in questo scarso documento restituiscono unicamente una descrizione dell'organizzazione funzionale, distributiva e del dimensionamento della struttura.

Nella sostanza non è presente una relazione (igienico-sanitaria) di corredo al progetto, che riunisca in un documento specialistico, univoco e autoportante, l'analisi, la valutazione ed eventuali indicazioni igienico sanitarie riguardo il complesso della proposta progettuale.

In particolare, mancano/difettano informazioni e analisi, organicamente descritte, relative almeno ai seguenti aspetti:

- descrizione dei percorsi (quella contenuta nella relazione architettonica appare oltremodo sintetica e didascalica assumendo, senza dimostrarlo nel concreto, la quasi assoluta non interferenza degli stessi). Le planimetrie mostrano un maggiore dettaglio delle proposte progettuali relative alla gerarchia e specializzazione dei percorsi primari e secondari riservati alle varie categorie di utenti, in esse sono rilevabili numerose interferenze che, se non eliminabili, dovrebbero essere opportunamente giustificate;
- analisi della flessibilità dei percorsi in ordine alla possibilità di realizzare, in particolari contingenze, variazioni dei principali flussi, modifiche organizzative, confinamenti di settori dell'edificio o porzioni di piani;
- valutazione della distribuzione dei sottosistemi ospedalieri (Degenze, Servizi di diagnosi e cura, Servizi di supporto (sanitari e non));
- valutazione sulla prevista distribuzione delle funzioni di degenza, con particolare riferimento ai flussi operativi prevalenti per le singole funzioni, all'aggregazione secondo il principio delle aree omogenee

e/o alla gradualità - intensità delle cure, alle possibili sinergie professionali disciplinari e pluridisciplinari;

- grado di accessibilità per ambulantisti e degenti dei Servizi di diagnosi e cura di rispettivo riferimento;
- indicazioni specifiche circa i requisiti relativi ai diversi Servizi specialistici di diagnosi e cura in funzione delle attività sanitarie previste o prevedibili (es: diagnostiche RM ad alto campo, sale operatorie robotiche, ...);
- analisi e valutazione dell'ergonomia e dell'efficienza delle scelte proposte in ordine all'ottimale impiego del personale di assistenza (in particolare infermieristico, con riferimento a percorsi e aggregazione/dimensionamento dei settori operativi);
- valutazioni sul dimensionamento e sulle dotazioni impiantistiche delle degenze speciali (Area critica, Malattie infettive, Ostetricia, ...);
- valutazioni sulla prevista attività delle singole Unità Specialistiche e aderenza delle proposte progettuali ai requisiti regionali di autorizzazione e accreditamento vigenti.

Inoltre, dovrebbero essere oggetto di analisi la consistenza e le caratteristiche delle attrezzature elettromedicali dell'attuale presidio. Con lo sviluppo dell'ipotesi che - a manutenzione e turnover costanti, del parco tecnologico - nel corso degli anni previsti per la costruzione e attivazione del nuovo presidio, sarà rinnovato e reso trasferibile nella nuova struttura.

Nulla di tutto questo è presente nella Relazione clinico-gestionale, la progettazione di un presidio ospedaliero deve basarsi su modelli dinamici e adattivi, capaci di integrare la rete ospedaliera con quella territoriale, valorizzando l'appropriatezza dei ricoveri, l'efficienza gestionale e la centralità del paziente.

Standard dimensionali e quantitativi del PFTE

Premettendo che per una corretta valutazione degli standard di superficie si dovrebbe avere un chiaro riferimento al metodo di calcolo delle superfici, distinguendo tra: Superficie Utile Netta, Superficie Lorda di Pavimento e Superficie Totale. I dati esposti in PFTE non specificano a quale di queste tipologie di calcolo si riferiscono i dati esposti. Presumendo che il dato:

- Superficie locali funzionali ospedalieri: 57.165,52 mq

si riferisca alla SLP, è possibile operare un confronto con dati standard di letteratura, dove però, ugualmente, il dato spesso non è così esplicitamente classificato.

In particolare, nel PFTE in esame non sono riportate le tabelle di articolazione delle superfici esposte piano per piano. Da un confronto con tali tabelle si evince che il totale delle superfici esposte per l'edificio ammonta a 58.538 mq, rispetto a quanto esposto in *Relazione illustrativa generale*, stabilito appunto in 57.165 mq; comunque, un lieve scostamento probabilmente derivato dal diverso computo delle superfici tecniche.

Nella presente analisi ci si atterrà al dato ufficiale di PFTE.

Operando una classificazione delle Aree Funzionali Omogenee (AFO) riportate nelle tabelle illustrative del PFTE secondo i criteri definiti dall'Istituto di ricerche Economico Sociali del Piemonte (IRES) (Contributo di Ricerca 352/2023. Valutazione ex-ante in Sanità. Una raccolta di casi studio nel contesto regionale) si hanno i seguenti totali:

Tabelle PFTE	tipologia	destinazione AFO (Doc. IRES)	P-1	P0	P1	P2	P3	P4	totale
sale operatorie	4	Reparti operatori		1.858		491	99		2.448
terapie intensive	3	Degenze area critica		1.164		502			1.666
diagnostiche	2	Servizi sanitari		1.322					1.322
ambulatori	2	Servizi sanitari		3.165	2000	846	1.307		7.318
degenze	1	Degenze area non critica		1.488	2016	5.791	4.183		13.478
uffici	5	Servizi collettivi	1.080	306	1.970	461	453		4.270
circolazione	7	Connettivi	3.370	2.720	2.893	1.619	1.409	188	12.199
laboratori	2	Servizi sanitari	750	810					1.560
spogliatoi	6	Servizi generali	1.510						1.510
spazi commerciali	5	Servizi collettivi	61	250	3				314
vani tecnici	8	Locali tecnici	1.872	283	1.286	263	1.680	4.702	10.086
depositi	6	Servizi generali	2.094						2.094
cucina	5	Servizi collettivi	273						273
		Totale	11.010	13.366	10.168	9.973	9.131	4.890	58.538

È così possibile operare un confronto fra i dati del PFTE e gli standard esposti nel citato Documento IRES Piemonte.

Dalla lettura ed analisi del progetto, come evidenziato in figura seguente, si desume una sostanziale adesione a standard di letteratura. Si notano alcuni squilibri progettuali, soprattutto riferibili ad un sovradimensionamento dei locali tecnici (17% rispetto a 8%) dovuto alla scelta progettuale di inserire piani tecnici ai diversi livelli del progetto, e ciò, presumibilmente, con l'intento di una migliore azione manutentiva e gestionale in esercizio. Anche i connettivi appaiono sovradimensionati (21% rispetto a 10%) e questo dato deve essere posto in relazione con l'intento progettuale di separare e diversificare i percorsi interni.

Queste scelte hanno influenzato tutte le percentuali relative alle altre AFO, in particolare si nota un notevole sottodimensionamento delle aree di degenza non critiche - a scapito di una migliore umanizzazione degli spazi di degenza - e, inoltre, un rilevante sottodimensionamento dei servizi sanitari.

Si suggerisce di rivedere il progetto per migliorare i dimensionamenti di queste ultime aree funzionali omogenee.

destinazione AFO (Doc. IRES)		mq.	%	% standard
aree sanitarie	Degenze area non critica	13.478	23%	33%
	Servizi sanitari	10.200	17%	28%
	Degenze area critica	1.666	3%	2%
	Reparti operatori	2.448	4%	3%
aree non sanitarie	Servizi collettivi	4.857	8%	8%
	Servizi generali	3.604	6%	8%
	Connettivi	12.199	21%	10%
	Locali tecnici	10.086	17%	8%
		58.538	100%	100%

Analisi incidenza superfici per aree funzionali omogenee – confronto letteratura (IRES Piemonte_2023)

Dalla analisi delle Relazioni di PFTE si evincono ulteriormente i seguenti dati dimensionali e quantitativi:

Posti letto complessivi	390 (compresi 20 p.l. tecnici di Pronto Soccorso)
Superficie locali funzionali ospedalieri	57.165 mq
Superficie totale (locali tecnici + centrali)	68.0761 mq
Importo opere a base d'asta	190.811.566 euro
Importo finanziamento	250.000.000 euro

Da questi dati si desumono alcuni parametri confrontati con standard di letteratura:

- Superficie/posto letto 147 mq/p.l. (57.165 / 390)
Letteratura 120-150 mq/p.l.

Il dato è congruente con i valori standard superiori, e anche rispetto a valori di standard rilevati recentemente.

- Costo lavori per posto letto 489.260 €/p.l.
Letteratura 368.000 €/p.l.

Il dato supera di un terzo gli standard del citato Documento IRES. Appare comunque in linea con altri dati di letteratura.

Si osserva che il PFTE prevede di lasciare al grezzo una serie di aree funzionali; pertanto, il parametro andrebbe rivalutato alla luce di questo ipotetico risparmio.

- Costo opere per Superficie totale 2.804 €/mq.
Letteratura 2.700-3.000 €/mq.

Il dato è in linea con i valori di standard.

Si può ipotizzare che con questo livello di approfondimento progettuale il computo metrico estimativo sommario potrebbe essere carente di lavorazioni o quantità.

D'altra parte, il livello di sviluppo del PFTE, seppure "rafforzato" ai fini dell'appalto integrato, non consente di operare una razionalizzazione puntuale delle aree funzionali e dei singoli servizi; ponendo, inoltre, rischi di una non completa quantificazione di tutti i costi delle opere da realizzare.

Aspetti di funzionalità ospedaliera

Organizzazione dei flussi e dei percorsi esterni

L'organizzazione planimetrica dell'area di intervento, per quanto riguarda la differenziazione dei flussi e dei percorsi esterni, si presenta razionale e congruente con i più aggiornati principi di progettazione ospedaliera. E ciò anche per quanto riguarda i percorsi pedonali di avvicinamento verso l'atrio dell'accoglienza.

Si osserva che la previsione di un "possibile futuro ampliamento" del presidio ospedaliero, con la costruzione di una ulteriore ala verso il confine ovest del lotto, comporterebbe un allungamento dei percorsi dei visitatori e del personale, poiché determinerebbe lo spostamento del volume di accoglienza in posizione ancora più decentrata rispetto all'asse baricentrico del presidio.

Una seconda osservazione riguarda i percorsi in entrata e in uscita dei mezzi diretti al Pronto Soccorso. Entrambi i percorsi, a est e a ovest del lotto, prevedono lunghi tratti in percorso misto; si suggerisce di adottare tutte le misure idonee a garantire, per quanto possibile, un percorso dedicato. Ove non possibile, si raccomanda di garantire, comunque, un immediato sgombro della carreggiata in caso di presenza di altri mezzi.

Organizzazione e dimensionamenti delle aree funzionali

La esposizione è articolata per piani, iniziando dal Piano Terra che ordina l'articolazione generale dei percorsi orizzontali, dei collegamenti verticali e delle aree funzionali.

Piano Terra

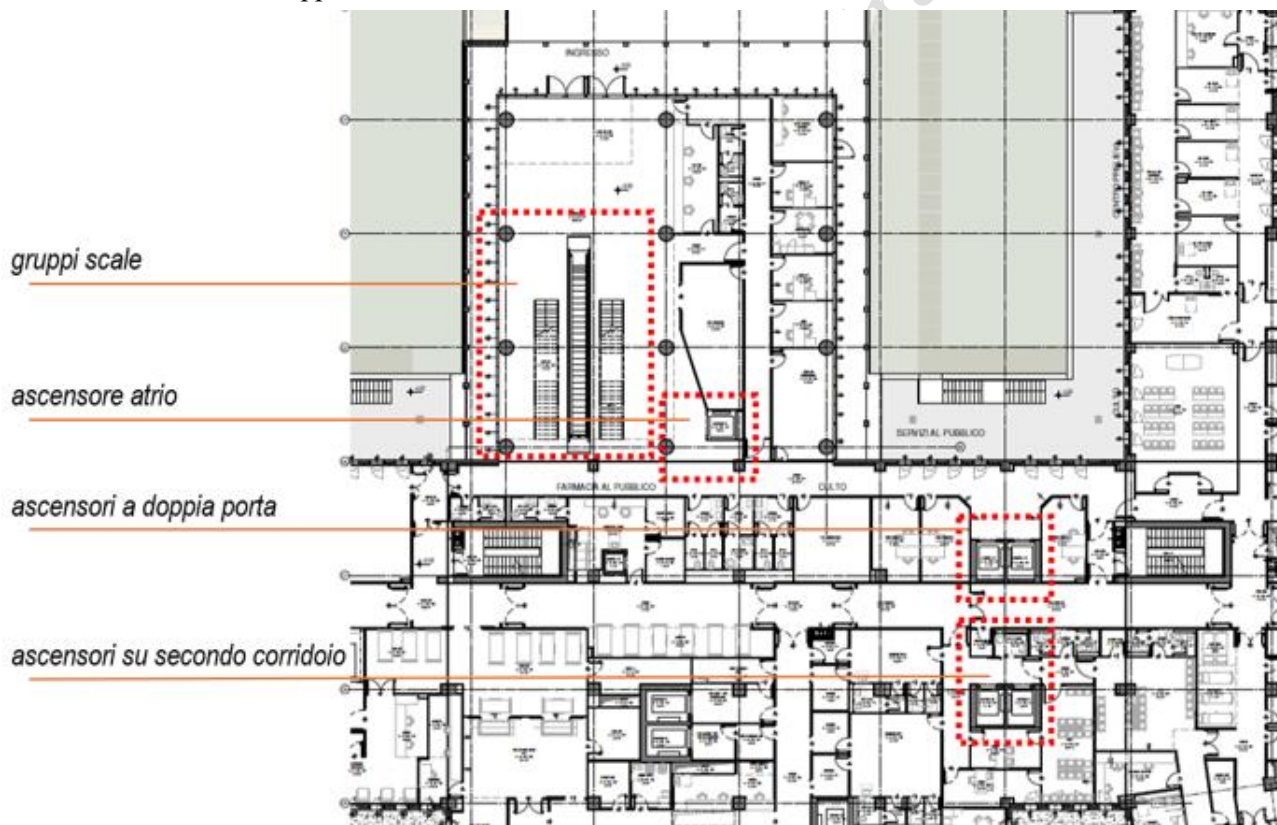
Atrio - Area accoglienza

Oltre a quanto già espresso in merito agli aspetti architettonici, si osserva che nell'atrio sono previste una scala mobile e due scale fisiche. Dato il flusso importante di persone che accedono da questa unica entrata del pubblico si suggerisce di inserire due scale mobili (una anche in discesa) in sostituzione di una scala fisica (utilizzabile in salita e in discesa).

Per la centralità del volume dedicato all'accoglienza e per la quantità di flusso di visitatori prevedibile si osserva che la superficie utile attualmente prevista non appare rapportata alle funzioni che dovrebbe svolgere. Inoltre, si suggerisce di dare maggiore visibilità all'ascensore dell'atrio per le persone che non usano le scale mobili.

Percorsi visitatori

Nell'apprezzare la soluzione di sdoppiamento degli ascensori per visitatori, che consente la piena separazione con i percorsi del personale, si osserva che gli ascensori delle prime batterie, posti sulla *hospital street*, dovranno avere cabine dotate di doppia entrata, poiché nei piani superiori si aprono sul verso opposto. Sempre nel piano terra, un gruppo di ascensori per visitatori, posto sul corridoio parallelo alla *hospital street*, sbarca su un corridoio troppo stretto.



Pianta piano terra_ Scale atrio accoglienza; ascensori a doppia porta; sbarco ascensori per il pubblico

Pronto Soccorso

La divisione in tre aree: bassa intensità (verde e bianco); codici intermedi (arancione e azzurro); codici rossi, appare in linea con le linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero. Si pongono le seguenti osservazioni.

Nella area sosta post triage sono presenti n. 12 posti per pazienti barellati ma non vi sono posti a sedere. Si suggerisce di riarticolare l'area, anche considerando con particolare attenzione le aree per pazienti pediatrici che dovrebbero avere uno spazio dedicato, opportunamente protetto.

Al contrario, nell'area bassa intensità trovano luogo solo posti a sedere e l'area, composta da due ambulatori, non ha una gestione infermieristica se non ricorrendo alla adiacente area OBI.

In generale, si osserva la mancanza di locali singoli per ambulatori, oltre a quello psichiatrico e ortopedico, demandando tutto il processamento alle aree *open space*; nell'Area codici intermedi tutti i pazienti sono trattati in *open space* con dieci posti letto.

Il terzo ambulatorio singolo, protetto per vittime di violenza/maltrattamenti non ha un bagno proprio riservato. Appare che tutti i pazienti in codice rosso, dopo la stabilizzazione, se non diretti in sala operatoria, debbano entrare nell'area codici intermedi; si osserva che sarebbe opportuna l'introduzione di spazi/ambulatori anche per questi trattamenti.

Attorno alla chiostra centrale si trova una ulteriore ampia area, nominalmente dedicata ad "Attesa barellati"; non è chiara/consueta la sua funzione, dato che esiste una area sosta *post triage* già opportunamente dimensionata, a meno di essere predisposta per la sosta lunga di pazienti in attesa di trattamenti, o in attesa di essere trasferiti in reparto.

In generale gli spazi e i locali per il personale non sempre appaiono razionalmente posizionati nell'ottica di una corretta gestione di tutte le diverse aree funzionali.

Si suggerisce una riarticolazione degli spazi che consenta una gestione più flessibile e razionale delle funzioni del Pronto Soccorso.

Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Nell'area OBI, invertendo il posizionamento del locale personale, si porrebbe questa area di lavoro direttamente a contatto con i due corridoi interni al reparto, offrendo maggiore visibilità e controllo da parte del personale infermieristico.



Pianta piano terra_ Pronto Soccorso; OBI

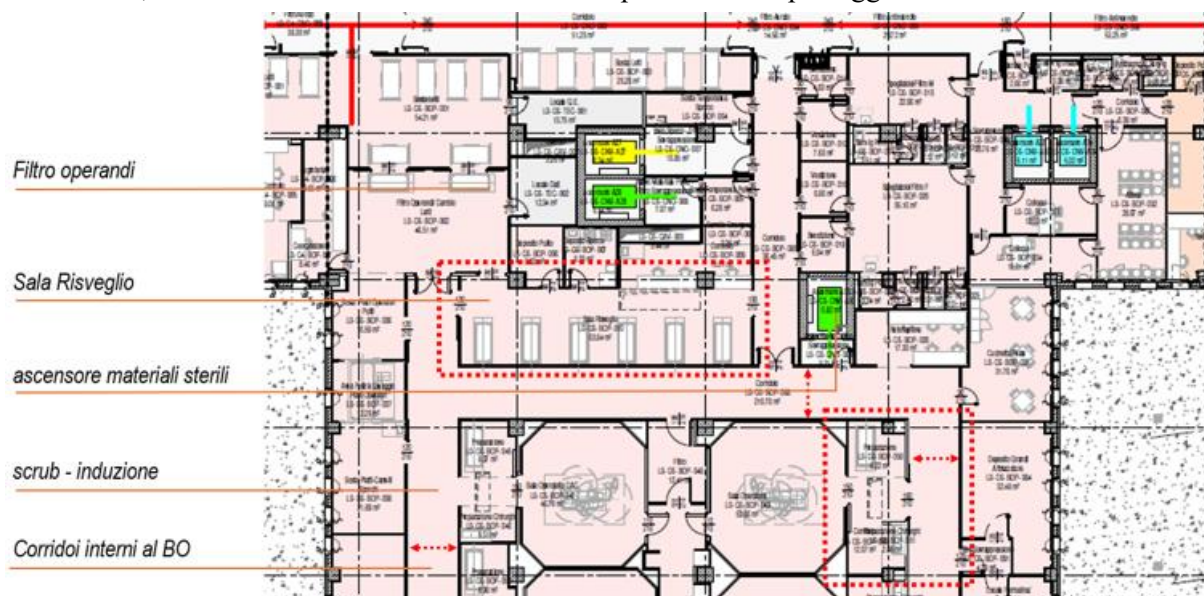
Blocco operatorio

Si osserva che i corridoi appaiono sottodimensionati (260cm) per il carico di traffico di operatori, letti operatori, materiali, attrezzature mobili, ecc.). Vista la configurazione degli spazi adiacenti alle sale (scrub, induzione) si suggerisce di migliorare la loro configurazione per incrementare lo spazio dedicato ai corridoi.

La Sala Risveglio ha una profondità non adeguata ad una corretta movimentazione dei letti, obbligando, oltretutto, a una manovra a U dei letti in entrata o uscita che non appare agevole. Si suggerisce di riconfigurare l'intera area (depositi, controllo) per migliorare il flusso dei letti.

Nel filtro operandi/cambio letto si suggerisce di sostituire almeno un passaggio attrezzato per il trasferimento del paziente ("passa-malato") con un varco porta, per consentire una maggiore flessibilità di utilizzazione.

L'ascensore posto accanto alla Sala Risveglio, di consegna materiali sterili provenienti dal sottostante Reparto Sterilizzazione, è dotato di un locale filtro insufficiente per il corretto passaggio dei carrelli.



Pianta piano terra_ Blocco Operatorio

Piano Terzo

Blocco Parto

Il reparto appare sottodimensionato, per la mancanza di alcuni locali e per le dimensioni insufficienti di alcuni locali presenti (cfr. *Regione Piemonte. Quaderno 4_Organizzazione funzionale dell'ospedale*).

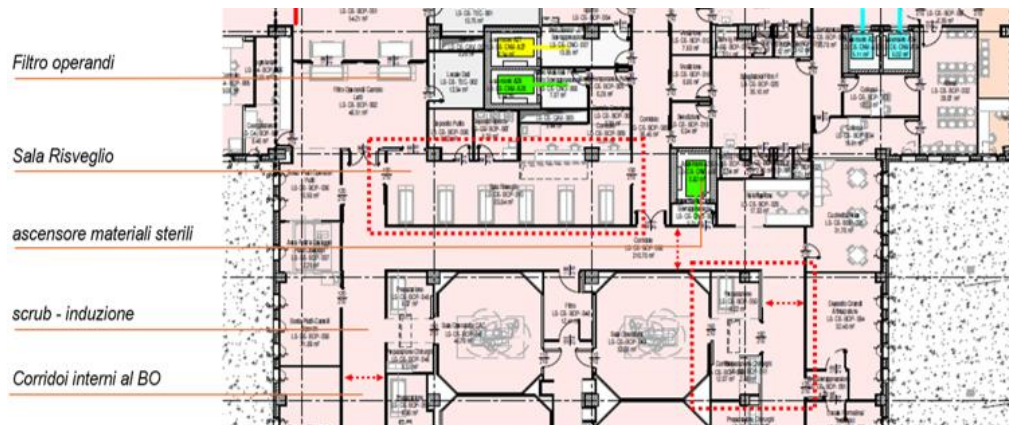
Si osserva che manca un locale/area di accettazione attiguo al Blocco Parto, trovandosi questo locale nel reparto Ostetricia, non direttamente collegato con un percorso interno per le pazienti. All'interno del reparto manca il locale/area di lavoro ostetriche/personale; manca, infine, il locale medico di guardia.

Si osserva che l'isola neonatale ha dimensioni insufficienti (6 mq). In previsione di due parti in contemporanea si suggerisce di dimensionare il locale almeno 8-12 mq con l'attrezzatura necessaria per due lettini di rianimazione neonatale (cfr. *ISPESL Linee guida per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all'igiene del lavoro nel Blocco Parto*).

Infine, la sala operatoria per le emergenze non è adeguatamente dimensionata per contenere un'area di isola neonatale e nei Reparti di Degenza: Ostetricia e Pediatria si riscontrano superfici sottodimensionate in ordine ai locali di supporto e al layout dei reparti.

Reparto Ostetricia

Nel Reparto Ostetricia (20 PLO + 1 DH), all'interno delle camere doppie (n. 9 camere di 20,80 mq) non è previsto lo spazio per le mamme, per consentire il *rooming-in* (poltrona/letto, culla, fasciatoio, vasca-bagno), a favore di un modello assistenziale ormai consolidato, centrato sulla diade madre-bambino, tale da favorire l'*empowerment* materno nella cura del neonato. Anche nella camera a 1 posto letto per isolato (14 mq) la superficie non consente lo spazio mamme.



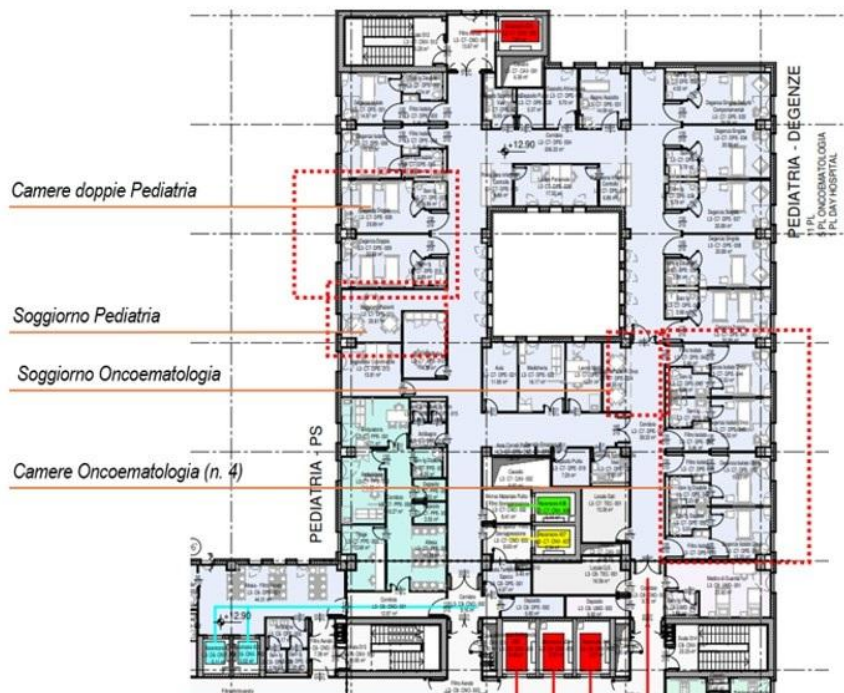
Pianta piano terzo_ Degenza Ostetricia

Reparto Pediatria

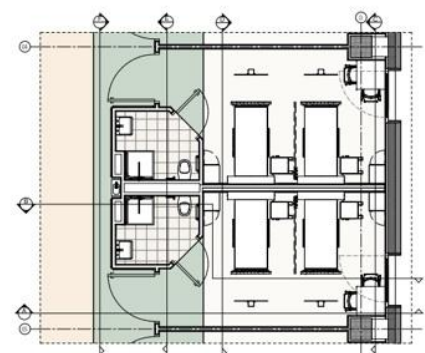
Nel reparto di Pediatria (11 PLO, 1 PLDH; 5 PL Oncoematologia), le camere di degenza doppie (obbligatoriamente dotate di poltrona per ogni accompagnatore) non sono adeguatamente dimensionate per permettere la permanenza di almeno un accompagnatore; in queste degenze la presenza attiva del genitore e la coabitazione madre/padre-bambino sono centrali nel percorso di cura.

Si osserva, inoltre, che:

- il locale Soggiorno Pazienti appare sottodimensionato e non adeguato ad offrire comfort ai piccoli pazienti con gli accompagnatori;
- nella Area Oncoematologia vi è solo uno spazio in corridoio, non adatto ad una funzione così delicata;
- delle camere dedicate al servizio di Oncoematologia, dichiarate in numero di 5, ne appaiono solo 4 (camere isolate);
- nel Reparto Pediatria si trovano 12 PL (di cui 1 DH), pertanto manca un PL di Oncoematologia pediatrica.



Pianta piano terzo_ Degenza Pediatria – Oncoematologia



Degenza tipo

Camere tipo di degenza - Camere di Pediatria e Ostetricia

In generale, in merito ai reparti di degenza si osserva che, per quanto al dimensionamento delle camere doppie, in 21mq di superficie utile, vi è un'agevole gestione logistica dei letti in entrata e uscita per la profondità della camera, ma non è consentita un'ottimale abitabilità da parte dei pazienti, in relazione agli spazi per il guardaroba e per il pranzo. In particolare, la presenza dei pilastri esterni rende impossibile predisporre un piano adeguato al pranzo o per altre funzioni di vivibilità e umanizzazione.

In particolare, per i reparti di degenza di Pediatria e di Ginecologia, posti al terzo piano, si osserva che il dimensionamento delle camere di degenza, mantenuto inalterato con 21mq di superficie utile, oltre alla osservazione di cui al punto precedente per quanto alla logistica, agli armadietti e all'area pranzo, non è possibile il soggiorno dell'accompagnatore, figura indispensabile in entrambe le tipologie di reparto.

Aspetti acustici

Relativamente agli aspetti in oggetto, sono stati prodotti la *Valutazione previsionale del clima e impatto acustico* (elaborato C1065_D_AC_GEN_00_00_0001_r01) e la *Valutazione previsionale sui requisiti acustici passivi ai sensi del DPCM 05/12/1997 e dei CAM (23/06/2022)* (elaborato C1065_D_AC_GEN_00_00_0002-r00) che approfondiscono le problematiche inerenti all'idoneità dell'area in oggetto per l'insediamento di un edificio sensibile all'esposizione al rumore, all'impatto acustico verso l'ambiente circostante degli impianti a servizio dell'ospedale e alla valutazione dei requisiti di isolamento acustico che dovranno garantire, in opera, le differenti partizioni edilizie e le facciate del complesso ospedaliero in oggetto, unitamente agli aspetti di comfort acustico.

Nel documento *Valutazione previsionale del clima e impatto acustico*, si evidenzia che, come risulta dal Piano di Zonizzazione Acustica adottato dal Comune di Savigliano, l'area in cui è prevista la realizzazione degli edifici del complesso ospedaliero in parola è già allocata in Classe I (area particolarmente protetta ai sensi del DPCM 14.11.97) e, benché in prossimità del sedime dell'ospedale siano presenti un'area prevalentemente industriale (Classe V) ed un'area esclusivamente industriale (Classe VI), i risultati della campagna fonometrica - eseguita nel periodo 10-16 febbraio 2023 in una postazione situata sul confine dell'area in cui sorgerà il complesso ospedaliero nella direzione dell'area prevalentemente o esclusivamente industriale - hanno, sostanzialmente, evidenziato la compatibilità dei livelli di rumorosità presenti nell'area con quelli propri della Classe I.

Nel suddetto documento, inoltre, anche la valutazione previsionale dell'impatto acustico verso l'ambiente circostante delle apparecchiature costituenti gli impianti del nuovo complesso ospedaliero non ha evidenziato particolari situazioni critiche considerato il ridotto numero di ricettori residenziali presenti nell'area, la posizione dell'Energy Center rispetto a essi e i sistemi di mitigazione acustica adottati sugli impianti (silenziatori e dispositivi antivibranti) e nei locali tecnici contenenti le UTA (griglie afoniche).

La Sezione, tuttavia, nel constatare che, come indicato dall'elaborato *Valutazione previsionale del clima e impatto acustico*, la rumorosità prodotta dagli impianti a servizio del complesso ospedaliero è stata valutata considerando come sorgenti sonore esclusivamente le UTA situate nei locali tecnici previsti al quarto piano dei corpi 1, 4, 6, 7 e 8, al terzo piano dei corpi 3 e 4 e al primo piano del corpo 6, le 2 pompe polivalenti condensate ad aria poste sulla copertura dell'Energy Center e i DRUPS collocati in un apposito locale tecnico dell'Energy Center, raccomanda di approfondire, nella presente fase progettuale (PFTE), la suddetta valutazione considerando le emissioni di tutte le apparecchiature poste sulla copertura dell'Energy Center (gruppo frigo e pompa di calore reversibile condensati ad aria). Ciò al fine di effettuare una valutazione più

accurata ed individuare eventuali strategie di mitigazione (come schermature fonoisolanti e fonoassorbenti) per contenere i livelli di rumorosità degli impianti tecnologici posti sulla copertura dell'Energy Center, in particolare, in prossimità delle facciate degli edifici costituenti il blocco ospedaliero, anche in vista del successivo incremento di apparecchiature che saranno installate sulla copertura dell'Energy Center, a valle della realizzazione della centrale di trigenerazione. La suddetta valutazione dovrebbe, altresì approfondire la rumorosità prodotta dalle diverse apparecchiature presenti, in particolare, nella centrale termica, nella centrale frigorifera e nel locale gruppi elettrogeni, allocati nell'Energy Center, al fine di valutare le prestazioni delle griglie afoniche da installare sulle aperture di ventilazione dei suddetti locali e gli eventuali trattamenti fonoassorbenti da applicare al loro interno.

Per quanto concerne i requisiti di isolamento acustico, la Sezione rileva che, pur essendo le tipologie di partizioni orizzontali e verticali indicate nell'elaborato *Valutazione previsionale sui requisiti acustici passivi ai sensi del DPCM 05/12/1997 e dei CAM (23/06/2022)*, unitamente alle rispettive modalità di posa in opera, potenzialmente idonee a garantire i livelli prestazionali richiesti, per gli ospedali, dal DPCM 5.12.1997 e dal Decreto MiTE 23.06.2022 in termini di riduzione della trasmissione sonora sia per via aerea che per via strutturale, le valutazioni ed i calcoli riportati nel suddetto elaborato necessitano di essere adeguatamente e dettagliatamente approfonditi, nella presente fase progettuale (PFTE).

In particolare, si evidenziano gli aspetti qui di seguito esposti:

- relativamente alla partizione costituita da una doppia orditura con 5 lastre di cartongesso - due per lato più una lastra intermedia - da impiegare per la separazione delle degenze, il valore dell'indice di valutazione del potere fonoisolante utilizzato nei calcoli dell'isolamento acustico per via aerea è significativamente maggiore del valore indicato nel certificato di una partizione con specifiche tecniche identiche a quelle considerate nel presente PFTE;
- per la valutazione del livello di calpestio normalizzato del solaio interpiano, prima dell'applicazione del massetto galleggiante vengono utilizzate relazioni non compatibili con il valore della densità di massa superficiale del solaio previsto nel PFTE in oggetto;
- lo spessore del massetto galleggiante utilizzato nei calcoli per la valutazione dell'isolamento acustico per via strutturale del solaio interpiano non corrisponde a quello indicato nel documento *Dettagli partizioni orizzontali* (elaborato C1065_D_AR_GEN_00_00_4002_r00);
- benché nell'elaborato *Valutazione previsionale sui requisiti acustici passivi ai sensi del DPCM 05/12/1997 e dei CAM (23/06/2022)* siano indicati, per ciascun descrittore dell'isolamento acustico, i modelli di calcolo impiegati e previsti dalla serie di norme UNI EN ISO 12354, il progettista riporta esclusivamente le schede di calcolo dell'isolamento acustico di facciata, mentre non sono riportate le schede di calcolo relative ai descrittori dell'isolamento acustico per via aerea e per via strutturale (per questi ultimi descrittori, il progettista si limita a riportare solo i risultati finali, dichiarandoli conformi ai dettami normativi);
- sebbene nell'elaborato *Valutazione previsionale sui requisiti acustici passivi ai sensi del DPCM 05/12/1997 e dei CAM (23/06/2022)* il progettista indichi che, nella valutazione di ciascun descrittore dell'isolamento acustico, è necessario tener conto dell'accuratezza di calcolo in base al modello adottato, nelle uniche schede di calcolo riportate nel suddetto elaborato - quelle relative all'isolamento acustico di facciata - non tiene conto dell'incertezza prevista ai sensi della norma UNI EN ISO 12354-3;
- con riferimento alle facciate, sia per la facciata continua della hall che per la facciata di una degenza tipo nella tavola *Dettagli facciate* (elaborato C1065_D_AR_GEN_00_00_4003_r00) non sono fornite

indicazioni sulla tipologia e sulle caratteristiche minime della superficie vetrata necessarie per conseguire la prestazione di isolamento acustico richiesta alla superficie vetrata.

Infine, la Sezione ritiene necessario approfondire la valutazione dell'impatto acustico relativamente alla fase di cantiere, aspetto marginalmente affrontato nell'elaborato *Valutazione previsionale del clima e impatto acustico*, dettagliando, in maniera accurata, la fase della cantierizzazione, tenendo conto della rumorosità derivante dalle lavorazioni previste e dalla movimentazione di materiali e attrezzature impiegati, adottando apparecchiature e procedure organizzative di lavorazione in grado di minimizzare i livelli di rumorosità prodotti e, laddove necessario, utilizzando sistemi provvisori di mitigazione acustica.

Aspetti impiantistici

Impianti meccanici e idrici

I documenti di progetto degli impianti meccanici - oltre 140 elaborati tra i quali 15 schemi funzionali e logici 5 schemi altimetrici oltre a sei relazioni di calcolo e descrittive - consentono un'analisi adeguata della proposta e sono in linea con quanto indicato nell'Allegato I.7 del Codice dei contratti.

La *Relazione tecnica ai sensi del D.M. 26/06/2015 e s.m.i. - Relazione tecnica ex legge 10/91* (elaborato C1065_D_ME_GEN_00_00_0003_r00) dà conto del pieno rispetto dei limiti di utilizzo delle risorse primarie di energia, dell'impiego di risorse energetiche rinnovabili in percentuali superiori a quelle minime di legge e dell'ascrivibilità dell'edificio tra quelli NZEB (*Nearly Zero Energy Building*).

La diversificazione dei sistemi produttivi dei vettori caldi e refrigerati - con il ricorso, principalmente, a pompe di calore geotermiche e ad unità condensate ad aria - permette di garantire, al tempo stesso, una elevata flessibilità ed una adeguata riserva in caso di anomalie o esigenze manutentive complesse.

Lo studio dei livelli di pressione dell'aria all'interno dei diversi ambiti ospedalieri è descritto in relazioni e tabelle con valori delle portate in immissione ed estrazione, completate dai livelli di filtrazione. I valori sopra definiti sono riportati negli schemi delle singole, numerose unità di trattamento aria previste.

Le relazioni di calcolo analizzano con adeguato dettaglio gli impianti termici, quelli idrico sanitari, gli impianti di scarico, le reti antincendio, la distribuzione dei gas medicali.

Per quanto riguarda le tipologie di terminali del condizionamento nei diversi ambiti, si apprezza la scelta di dotare le degenze di pannelli radianti integrati con un rilevante numero di ricambi aria primaria - tre in dettaglio - che consente, da un lato, la riduzione delle manutenzioni all'interno di questi locali e, dall'altro, di garantire una elevata qualità dell'aria ambiente.

Tutti i sistemi di umidificazione sono garantiti da vapore sterile, prodotto con scambiatori alimentati sul circuito primario con acqua surriscaldata, prodotta da caldaie a gas metano.

La qualità degli elaborati grafici impiantistici, per quanto riguarda le planimetrie, è in parte condizionata dalla estrazione da modelli - certamente in linea con il livello della progettazione - ma che non consentono di visualizzare tutti i componenti, comunque in parte riportati nelle tavole di dettaglio.

Esprimendo una sostanziale valutazione positiva di quanto esaminato - sicuramente apprezzabile e condivisibile per le scelte eseguite - si espongono nel seguito alcuni temi da sviluppare nella successiva fase progettuale. In particolare, si prescrive:

- di indicare negli schemi funzionali la tipologia delle tubazioni previste, in particolare per la distribuzione del vapore sterile;
- di prevedere sistemi di prevenzione per danni da sisma nei punti di ingresso e di uscita dal cunicolo tecnico;

- di determinare i livelli globali di emissione di CO₂ nello stato attuale di progetto, con i soli generatori di acqua surriscaldata, e con la futura presenza dei due cogeneratori.

Impianti elettrici e speciali

Quale premessa all'esame degli elaborati relativi agli impianti elettrici e speciali si evidenzia che l'importo degli interventi previsti è pari a circa 45 Meuro, più due milioni per l'allaccio alla rete di alimentazione.

In linea generale, la Sezione rileva che la relazione e gli elaborati relativi agli impianti elettrici necessitano di una revisione critica per quanto di seguito illustrato e di una più approfondita definizione delle specifiche tecniche adeguata al dettaglio dei componenti riportato nelle voci del computo metrico. Infatti, in quest'ultimo, le voci fanno riferimento a specifiche tecniche riportate negli elaborati (relazioni e schemi grafici) anche se non sono sufficientemente illustrate e non sempre coerenti tra loro (si cita, ad esempio, la classe G3 dei DRUPS che compare solo nel computo).

La *Relazione tecnica - Impianti elettrici e speciali* (elaborato C1065_D_EL_GEN_00_00_0001_r00) non fornisce l'analisi dei carichi ospedalieri e tecnologici previsti, ma dichiara *"l'architettura del sistema elettrico prevede l'alimentazione del nuovo ospedale da rete Enel con tensione nominale 15 kV e potenza assorbita pari a 8 MW"*. Pertanto, considerato che in letteratura è generalmente assunto che il carico assorbito è ridotto da un fattore 0,6 del valore complessivo stimato, dovrà essere quindi valutato dell'ordine di 17 MVA per giustificare il carico assunto di 8 MW da suddividere in una quota carichi ospedalieri e una quota tecnologici, presumibilmente ciascuna di circa 4 MW.

Sempre in linea generale, la Sezione rileva, inoltre, che la citata relazione illustra la costituzione degli impianti senza una precisa visione di sistema, indicando i criteri di progetto in modo generico e con note limitandosi ad indicare prescrizioni per l'Appaltatore.

Tra gli elaborati, non risultano sinossi di localizzazione dei vari ambienti e loro definizione per tipologie e per classificazione medica del gruppo 1 e del gruppo 2, anche se la relazione stessa dichiara che la classificazione (non rinvenuta tra gli elaborati) dovrà essere approvata dalla Direzione sanitaria dell'ospedale. Si rileva, peraltro, che anche quando si accenna alla previsione di trasformatori di isolamento, si fa un riferimento generico a tutte le taglie disponibili da 3kVA, 5kVA, 7,5kVA, 8kVA e 10kVA e non a quelle previste in progetto.

Appare, inoltre, opportuna una revisione critica delle soluzioni proposte per la configurazione complessiva della trasformazione e distribuzione elettrica è necessaria, in coerenza con il criterio generale dichiarato secondo cui *"l'architettura proposta consente di separare aree funzionalmente diverse in modo da garantire uno sviluppo ordinato della rete (...), evitare grandi trasferimenti di potenza in bassa tensione, con la conseguente necessità di vie cavi di dimensioni considerevoli e permettere le future espansioni senza ulteriori interventi sulla parte restante dell'edificio."* Tale criterio contraddice l'effettiva configurazione adottata per gli impianti con la concentrazione di una elevata potenza pari a 5MVA in ciascuna delle tre cabine elettriche previste. In particolare, una cabina è a servizio dell'Energy Center - EC e le altre due cabine ospedaliere sono denominate "cabina est" e "cabina ovest" e sono collegate tra loro in configurazione ad anello (MT e BT). Le cabine prevedono ciascuna l'installazione di tre trasformatori, fatto che comporta la distribuzione elettrica primaria di elevate correnti in bassa tensione ed elevati poteri di interruzione già con un esercizio indipendente dei trasformatori, essendo ciascuno della potenza di 2,5 MVA. Peraltro, nell'area ospedaliera la concentrazione determina circuiti di sensibile estensione. In conseguenza, le sezioni di moltissimi cavi e condotti sbarra è sovradimensionata per cui la corrente di impiego utilizzata è una quota

ridotta della effettiva portata dei conduttori e le perdite che la corrente effettiva determina sono ridottissime in quanto proporzionali al quadrato del suo valore. Per il sovradimensionamento, si citano ad esempio, un circuito della sezione di 240 mmq (la massima usualmente in commercio) relativo al quadro EC_L0_Cabina EC – QSC_CB_L0_EC di lunghezza pari a 1.380m che necessita di una formazione di 4.140m di conduttore, circuiti con centinaia di metri di condotto sbarra di 4000 A, formazione che risulta in computo e non citata negli altri elaborati. Nel computo metrico per un solo corpo di edificio sono computati 19km del conduttore da 240 mmq.

La relazione dichiara che *“il progetto degli impianti tiene conto dell’efficienza energetica per ottenere il migliore servizio permanente, con il consumo di energia elettrica più basso”*. Per esempio, l’alimentazione della distribuzione diagnostica C4 ha una corrente di 69,6 A pari al 7% della portata della formazione di cavi pari a 1014,4 A con una perdita del solo 5% che risulta l’indice di una assoluta sottoutilizzazione della linea.

La relazione nel paragrafo “innovazione”, dichiara che con la soluzione progettuale a radiale doppio, integrata, però, da una interconnessione ad anello (ma la normativa indica l’una o l’altra in alternativa) *“il sistema proposto garantisce il mantenimento in funzione delle attività dell’edificio durante attività di manutenzione o in caso di avaria di una macchina.”*. Quale effetto si cita come il solo quadro elettrico QGBT EST, costituito da tre sezioni, presenta 5 condotti sbarra da 1250 A e 5 connessioni di backup previsti per alimentazioni di soccorso e, quindi, praticamente normalmente inutilizzati, presenta gli interruttori arrivo trasformatori e quelli congiuntori tutti adeguati alla corrente nominale di 3200 A. Peraltro, tutta la distribuzione a valle dei QGBT EST e OVEST non è riportata in modo chiaro nello *Schema generale a blocchi energia elettrica C1-C4* e nello *Schema generale a blocchi energia elettrica C5-C8* (rispettivamente elaborati C1065_D_EL_PWR_00_00_5101 e C1065_D_EL_PWR_00_00_5102) e non è chiara l’opportunità della distribuzione radiale doppia con derivazione non dalle tre sezioni di ciascun quadro, ma ripartita tra i due quadri EST e OVEST, dislocati in locali distanti.

La *Relazione di calcolo - impianti elettrici* (elaborato C1065_D_EL_GEN_00_00-0004_r00) non presenta e non descrive le soluzioni progettate in modo coerente con quanto riportato negli schemi elettrici, tipologici e nelle planimetrie a corredo del progetto e, soprattutto, nel computo metrico. Una relazione di calcolo deve consentire, per quanto possibile, una analisi e comprensione semplificata, chiara e sintetica del processo progettuale attuato. La relazione allegata è sostanzialmente una raccolta di schede/calcolazioni e tabulati di 1246 pagine, senza una numerazione delle pagine, con l’indice non correlato agli schemi richiamati (elenco quadri elettrici BT, calcoli dimensionamento impianto elettrico, schemi unifilari QGBT - tipici, calcoli illuminazione ordinaria, calcoli illuminazione di sicurezza, distribuzione corpi illuminanti - tipico), di difficilissima consultazione. Manca una presentazione sinottica riepilogativa e una illustrazione dei risultati ottenuti nel conseguimento degli obiettivi prefissati. Quale aspetto correlato, risulta necessario che la relazione illustri il coordinamento previsto applicato per la protezione del corto circuito ai vari livelli di circuiti. La relazione deve evidenziare i casi più critici di valore massimo in relazione alla alimentazione da rete e di valore minimo in riferimento alle condizioni di alimentazione critica (caso particolare a valle dei trasformatori di isolamento per le prese in sala operatoria e in terapia intensiva). Tutti i tabulati di verifiche sono riportati senza commento anche quando più condizioni sono dichiarate non verificate (quale esempio si cita il caso di EC_L0_SotCentrale TF QSCTF a pag. 799). In modo analogo la relazione di calcolo illuminotecnico è sostanzialmente una raccolta di schede/calcolazioni senza un indice, una tabella sinottica delle installazioni previste nei vari locali e tipologie di lampade, di testaletto, degli accorgimenti di contenimento della luminanza in locali sensibili dove, per esempio, è previsto l’utilizzo di monitor (le sale operatorie e i locali di terapia intensiva). Come prescrizioni antisismiche per gli impianti elettrici e speciali si danno indicazioni sugli

ancoraggi e altri accorgimenti per i vari componenti, ma non risultano previsti pezzi speciali, in particolare, per i percorsi orizzontali e verticali dei rigidi condotti sbarra.

In merito alla alimentazione di sicurezza la normativa vigente richiede una alimentazione di classe E (≤ 15 s) per le utenze dei locali di gruppo 1, che sono la maggior parte, e una alimentazione di classe C ($\leq 0,5$ s) per le utenze dei locali di gruppo 2, che sono quelle critiche vitali. Quindi, la Sezione ritiene necessaria una revisione critica di opportunità della scelta della soluzione dell'adozione della alimentazione di classe C già a livello di media tensione, estesa a tutta l'alimentazione del carico di 4 MW ospedalieri con sensibili impatti. La soluzione in dettaglio prevede di adottare 4 DRUPS (gruppo rotante di continuità con motore diesel in asse) da 2,5 MVA con inserzione nella rete di alimentazione in MT con una ridondanza del 250% e il cui importo è dell'ordine di 10 milioni di euro. L'alimentazione di classe C, quindi, raggiunge dalla media tensione le utenze di gruppo 2. Pertanto, tutta la distribuzione in media tensione e, quindi, quella in bassa tensione deve essere garantita senza buchi di tensione superiori a 0,5 s e ciò si ottiene anche se tutte le commutazioni tra i circuiti alternativi quando sono richieste di intervenire rispettano il tempo assegnato di 0,5 secondi. Gli stessi DRUPS sono descritti in maniera non coerente nei vari elaborati (relazione, computo, capitolato). Nel computo vengono prescritti di tipo G3 che è la tipologia più elevata prevista normata mentre la classe G4 va accordata su specifiche speciali. La prestazione dei DRUPS e di tutta la distribuzione richiede una specifica assunzione di responsabilità da parte dei progettisti mirata all'affidabilità del mantenimento della prestazione nel tempo, atteso in ogni caso il principio per cui è sempre saggia la soluzione semplice.

In relazione alla prestazione del sistema dei 4 DRUPS, si rileva una descrizione orientata alla prestazione del singolo sistema che non al sistema complessivo dei 4, sia per il funzionamento normale, sia per la re-inserzione sincronizzata dopo un ritorno di rete, sia per la eventuale attivazione del bypass da rete. Quali osservazioni di dettaglio, si rilevano alcune sviste negli elaborati come l'indicazione della tensione a 20 kV per i trasformatori elevatori dei DRUPS e non i 15 kV di rete, la corrente ammissibile di breve durata di 16 kA o di 12,5 kA importante anche per la previsione della protezione dall'arco interno delle unità di protezione MT.

Per quanto attiene la connessione con l'Ente Distributore che avviene per mezzo di due POD, le due alimentazioni confluiscono su una commutazione automatica di una coppia di unità MT del quadro QMTEC, che costituisce un collo di bottiglia che può interdire per un sensibile tempo la inagibilità di entrambe le alimentazioni da rete. In maniera analoga due colli di bottiglia sono costituiti dalla unica unità MT di alimentazione del sistema dei DRUPS dal QMTEC e dalla unica unità MT di alimentazione delle due cabine EST OVEST dal sistema dei DRUPS.

In conclusione, la Sezione ritiene che necessaria una valutazione sulla opportunità delle soluzioni scelte in relazione alle osservazioni e considerazioni soprariportate.

Aspetti relativi alla prevenzione incendi

Nella documentazione trasmessa gli aspetti relativi alla prevenzione incendi sono trattati nella *Relazione tecnica di prevenzione incendi* (elaborato C1065_D_FF_GEN_00_00_0001_r01) e nella *Relazione a seguito di preavviso parere contrario VV.F.* (elaborato C1065_D_FF_GEN_00_00_0002_r00) e in n. 11 elaborati grafici (planimetria generale e piante dei vari livelli).

In particolare, la *Relazione a seguito di preavviso parere contrario VV.F.* riporta punto per punto il riscontro che la Stazione appaltante fornisce alle prescrizioni proposte dal Comando dei VV.F. di Cuneo con nota di preavviso di parere contrario pervenuta in data 14 luglio 2025.

Dalla relazione si apprende che sono state oggetto di richiesta di approfondimento le seguenti tematiche:

- Strategia S4 (scale esterne, griglie al piano terra, esodo del Comparto CB-16, Spazi calmi, Stati vegetativi/riabilitazione, vie di esodo verticali, densità di affollamento degli uffici, loading dock, esodo dai depositi, esodo dei comparti CA-14 e CA-19 su bocca di lupo, US che adducono all'esterno attraverso scale, US che adducono all'esterno attraverso scale - Dialisi, esodo da Sala attesa/soggiorno, esodo da Terapia Intensiva verso scala S26, esodo da Terapia Intensiva)
- Deposito liquidi infiammabili
- Impianto fotovoltaico
- Serbatoi di gasolio
- Locali gruppi di pompaggio
- Strategia S8
- Progettazione impiantistica
- Cabina elettrica

Si rinvia, pertanto, al parere di competenza dal Comando dei VV.F. di Cuneo.

Aspetti relativi alla modellazione informativa digitale

In merito allo sviluppo della progettazione tramite l'adozione dei metodi e strumenti di gestione informativa digitale delle costruzioni, la Sezione rileva dalla documentazione di progetto trasmessa per il PFTE del nuovo ospedale unico del quadrante nord ovest della Provincia di Cuneo (Q.E. € 250.000.000) che la Stazione appaltante ha adottato tali metodi. In particolare, come evidenziato nella *Relazione di istruttoria* del RUP, la Stazione appaltante ha ridefinito l'incarico di progettazione prevedendo la redazione di un PFTE con i contenuti di cui agli artt. da 6 a 21 dell'Allegato I.7 al Codice dei contratti. Ciò è coerente con il quadro normativo vigente e l'entità dell'importo lavori dell'intervento in oggetto, il quale rientra nelle soglie di obbligatorietà di cui all'art. 43 del Codice dei contratti.

Il progetto trasmesso è corredato da *Piano di gestione informativa* (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0900_r00_Pgi) e dai modelli informativi; inoltre, successivamente, il progetto è stato integrato con il *Capitolato Informativo* per la progettazione esecutiva e la fase di esecuzione lavori e collaudo (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0910_r00), così come previsto nel caso di appalto integrato all'art. 6, Sezione II, Allegato I.7 del D.lgs. 36/2023.

Si rileva, tuttavia, che i modelli informativi trasmessi non sono corredati da relazione specialistica sulla modellazione informativa di cui al art. 6, comma 7, lettera g) dell'Allegato I.7 al D.lgs. 36/2023, e il piano di gestione informativa non è aggiornato. Il *Piano di gestione informativa* trasmesso, in linea generale, adotta per lo sviluppo della progettazione un'impostazione coerente con la serie di norme UNI 11337, infatti a partire dagli obiettivi strategici, sono stati delineati gli obiettivi di fase e, pertanto, gli obiettivi in funzione del livello di progettazione, da cui conseguono gli obiettivi di modello e i relativi usi. In merito al livello di approfondimento del contenuto informativo, e ai livelli di sviluppo degli oggetti e delle schede informative, il Piano di gestione informativa trasmesso definisce i livelli di sviluppo implementati nella modellazione informativa con riferimento ai singoli ambiti progettuali.

Inoltre, in merito agli aspetti specifici della struttura dei modelli informativi di progetto, i modelli trasmessi sono stati consegnati in formato aperto non proprietario IFC (UNI EN ISO 16739) e sono suddivisi per discipline e sotto-discipline in base a livelli gerarchici in concordanza alla WBS - Work Breakdown Structure di progetto, così come riportato nel piano di gestione informativa.

Infine, in merito all'Ambiente di Condivisione dei dati (ACDat), dal *Capitolato Informativo* trasmesso si evince che la Stazione appaltante metterà a disposizione dell'Aggiudicatario il proprio ACDat per la conservazione e lo scambio di tutte le informazioni di progetto per la successiva fase progettuale.

Alla luce di quanto sopra, la Sezione prescrive:

- che i modelli informativi trasmessi vengano corredati da relazione specialistica sulla modellazione informativa di cui al art. 6, comma 7, lettera g) dell'Allegato I.7 al Codice dei contratti.

Inoltre, la Sezione raccomanda:

- per la successiva fase progettuale:
 - che l'Aggiudicatario specifichi nel piano di gestione informativa e nell'elenco elaborati quali di questi ultimi sono estratti interamente o parzialmente dai modelli, fornendo le rispettive motivazioni;
 - che, in merito all'estrazione degli elaborati grafici a partire dai modelli informativi di progetto, l'Aggiudicatario riporti nell'elenco elaborati il legame fra i modelli IFC e gli elaborati di progetto, al fine di consentire la verifica della coerenza nel contenuto;
- per la fase di esecuzione dell'opera
 - che la Stazione appaltante valuti la previsione di eventuali penali dovute al ritardo sulla consegna dei modelli informativi.

Infine, si raccomanda di indicare, nell'ambito degli attributi dei modelli, il nominativo del professionista che li ha elaborati.

Censimento delle interferenze

Gli esiti del censimento sulle interferenze con reti infrastrutturali insistenti sull'area di progetto e nell'immediato intorno sono riportati nella *Relazione di risoluzione delle interferenze e delle comunicazioni con gli Enti* (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0003_r00) dalla quale risulta che la situazione più critica da gestire riguarda il passaggio sull'area di una linea elettrica aerea dell'alta tensione che attraversa l'intero lotto da est a ovest con presenza di un traliccio in corrispondenza della rotatoria intermedia lungo il lato est del lotto. Secondo quanto si legge nella citata relazione, nel giugno 2025, sono stati completati gli adempimenti preliminari di competenza di ASL CN1 e che, pertanto, l'Ente gestore può procedere con il “... vero e proprio studio di fattibilità, propedeutico alla definizione della soluzione progettuale definitiva e alla successiva fase autorizzativa e realizzativa.” per la stesura del quale il medesimo Ente prevede 180 gg. I costi dello spostamento della linea sono inseriti nel *Quadro economico* (elaborato C1065_D_GE_BOQ_00_00_0001-r00), tra le *Spese generali* (quadro B.2) dove alla riga B.2.7 si legge un importo pari a 3.000.000,00 euro. Non risultano altre interferenze critiche e si raccomanda di approfondire la conoscenza del sottosuolo lungo la SP 662 e, in particolare, in corrispondenza dell'angolo nord - est dell'area di intervento dove è prevista la realizzazione della nuova rotatoria di accesso al complesso ospedaliero.

Bilancio e gestione delle materie

Le indagini per la caratterizzazione delle tipologie di materiali - da gestire secondo quanto previsto dalla normativa vigente e che sono state eseguite con una prima campagna nel luglio 2024 e completate nel marzo 2025 - secondo quanto si legge nel *Piano di gestione delle materie* (elaborato 1065_D_GE_GEN_00_00-0200_r00) “... hanno confermato la non contaminazione del terreno e delle acque di falda.”.

Le stime di progetto prevedono il completo riuso dei materiali derivanti dagli scavi, secondo le seguenti quantità di reinterro:

Area bacini livellata	5.400 mc
Dune antirumore	5.416 mc
Parcheggi e viabilità	51.290 mc
Viabilità in ingresso	44.400 mc
Parcheggi Pronto Soccorso	3.854 mc
Totale	110.360 mc

Qualora tale previsione non fosse confermata è previsto lo smaltimento secondo norma presso siti di conferimento individuati nella provincia di Cuneo.

Per quanto di competenza, si auspica che il totale reimpiego dei materiali di scavo possa essere attuato e si osserva l'assenza tra la documentazione inviata di una planimetria con indicati i siti di cave attive, gli impianti di recupero, i siti di deposito temporaneo e le discariche autorizzate e in esercizio da utilizzare, eventualmente, per il conferimento di cui sopra.

Cronoprogramma e cantierizzazione

Il *Cronoprogramma* (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0300_r00) sviluppa un arco temporale dal 10 giugno 2024 al 25 giugno 2031 evidenziando le seguenti fasi con relativa durata.

- Progetto di fattibilità tecnico-economica (sviluppo + completamento + validazione) 750 gg.
- Progetto esecutivo (gara appalto integrato + sviluppo + validazione) 544 gg.
- Costruzione e collaudo (realizzazione + gara per arredi e attrezzature + collaudo) 1.271 gg.

per un totale di 2.565 gg.

Si raccomanda di aggiornare il documento prima dell'indizione della gara di appalto, anche alla luce dei tempi per le modifiche del PFTE - derivanti dagli esiti della Conferenza di Servizi in corso e dei contenuti del presente parere - che dovrebbero rientrare, plausibilmente, nella fase "completamento", per la quale sono attualmente previsti 30 gg. che appaiono limitati.

Per la fase di cantiere, la *Relazione illustrativa generale* (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0001-r00) contiene un apposito capitolo nel quale si legge "... Nella successiva fase di progettazione verranno definiti nel dettaglio, sia sotto il profilo tecnico che economico, i sistemi e piani di monitoraggio indicati nelle seguenti prescrizioni, con l'obiettivo di garantire un controllo efficace e continuativo dei parametri, sia durante la realizzazione della nuova struttura ospedaliera che durante l'esercizio dell'opera.". Si tratta, evidentemente di una stesura da riferire alla precedente previsione di procedere con la stesura del progetto esecutivo prima dell'affidamento della gara per la sola realizzazione dell'opera.

Pertanto, si chiede di rielaborare il contenuto di questa parte della relazione, alla luce della maturata scelta di procedere con appalto integrato, sviluppando tra i contenuti del presente PFTE un adeguato livello di approfondimento per gli aspetti da tenere sotto controllo in fase esecutiva (es.: emissioni di rumore, produzione di polveri sottili, incidenza dei mezzi di cantiere sulla viabilità, monitoraggio della falda, etc.).

Aspetti relativi agli elaborati tecnico-economici

Sia dalla *Relazione illustrativa generale* (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0001_r00), che dal *Quadro economico di progetto* (elaborato 1065_D_GE_BOQ_00_00_0001_r00) si evince che sussistono parti dell'intervento che non verranno realizzate con l'appalto in questione e che vengono definite "opere a completamento differito". In merito, nella parte esplicativa del Quadro economico si afferma che "*Le aree a completamento differito, non pregiudicano né la funzionalità generale né la collaudabilità del complesso*".

ospedaliero, inoltre si specifica che verranno ultimate con l'assegnazione degli appalti a corollario dell'appalto principale (arredi, attrezzature medicali, aree dei gestori e quant'altro).

Per questo aspetto si rinvia a quanto già osservato in merito in altre parti del presente parere.

Documenti tecnici

Nel PFTE in esame sono presenti, a livello di definizione di dettaglio degli aspetti edili, due elaborati contenenti i *Dettagli delle partizioni verticali* (elaborato C1065_D_AR_GEN_00_00_4001_r00) e *Dettagli delle partizioni orizzontali* (elaborato C1065_D_AR_GEN_00_00_4002_r00) e un elaborato dedicato alle facciate (*Dettaglio facciate*, elaborato C1065_D_AR_GEN_00_00_4003_r00).

Mentre i primi - realizzati in scala 1:10 - consentono una chiara individuazione delle soluzioni tecniche adottate e sono coerenti con quanto riportato nel *Capitolato Speciale d'Appalto - Opere edili* (elaborato C1065_D_AR_GEN_00_00_0010_r01) e nei documenti economici, altrettanto non si può dire della definizione delle chiusure verticali esterne (facciate) - di grande importanza per la riuscita estetica, funzionale ed energetica dell'intervento - che sono trattate in un unico elaborato contenente due modeste porzioni di prospetto e due sezioni in scala 1:50.

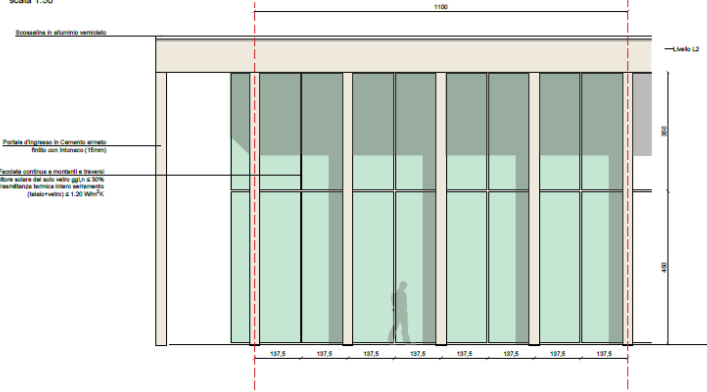
Per quanto attiene le soluzioni adottate per i prospetti esterni nella *Relazione sulla sostenibilità dell'opera* (elaborato C1065_D_GE_GEN_00_00_0005_r00) si afferma che

“...le pareti esterne perimetrali sono state studiate in modo tale che venisse garantita una bassa trasmittanza, con valore $U: 0,124 \text{ W/m}^2\text{K}$ mentre l'utilizzo di blocchi Poroton all'interno del pacchetto murario aumenta la massa inerziale e permette la verifica i requisiti CAM ti trasmittanza termica periodica.

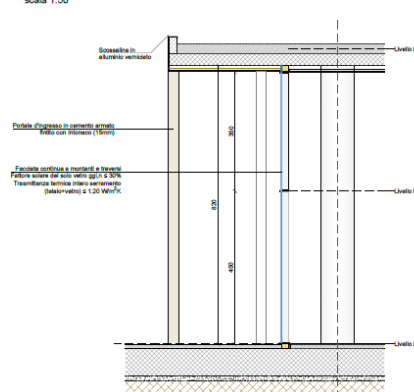
Analogamente, il progetto prevede per i serramenti e le superfici finestrate materiali ad alta efficienza, tra le quali vetri bassoemissivi, con basso fattore solare. Per ridurre l'irraggiamento solare all'interno dell'edificio e, conseguentemente, ridurre i carichi termici nel periodo estivo, saranno installati dei sistemi oscuranti su tutte le superfici vetrate.”.

In merito si osserva che, mentre è senza dubbio apprezzabile e ben dettagliata la scelta tecnica ed estetica riguardante le parti opache - per le quali è stata preferita una soluzione muraria ad una vetrata basata su pareti vetrate continue a montanti e traversi - non altrettanto si può dire per quanto riguarda la definizione dell'atrio di ingresso al quale si è voluto dare una configurazione “monumentale” che, come spiegato in altra parte del presente parere, non trova riscontro, sia a livello di corretta definizione compositiva e funzionale dello spazio interno, sia per ciò che concerne l'indicazione delle specifiche tecniche.

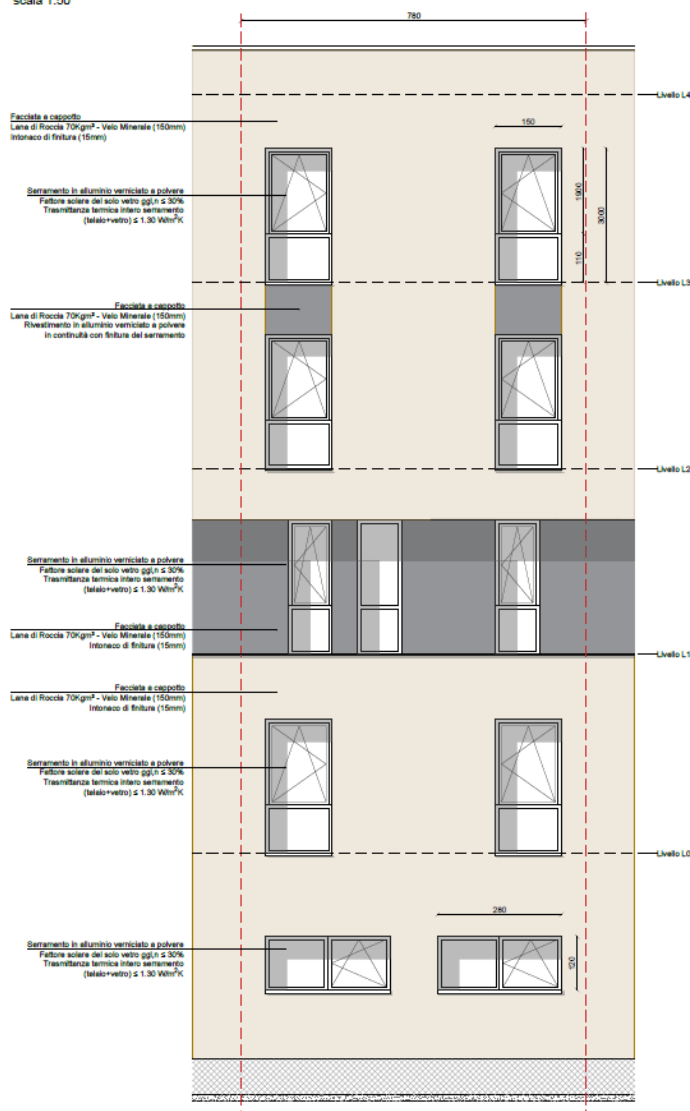
PROSPETTO CORPO D'INGRESSO
scala 1:50



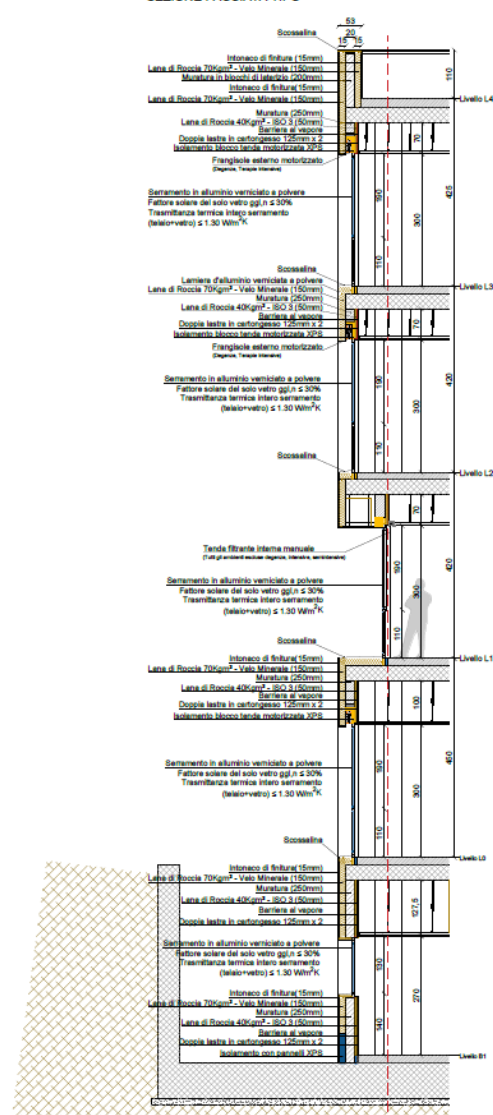
SEZIONE CORPO D'INGRESSO
scala 1:50



PROSPETTO FACCIAIA TIPO
scala 1:50



SEZIONE FACCIAIA TIPO



In particolare, per tale corpo è stato previsto un involucro arretato a facciata continua in vetro a montanti e traversi. Tale soluzione, oltre a non essere supportata da alcun dettaglio ad opportuna scala, risulta non definita né a livello del *Capitolato Speciale d'Appalto - Opere edili* - dove non è presente alcuna voce riguardante le facciate continue - né a livello di documenti economici.

Oltre alla mancata definizione tecnica e formale del rapporto fra strutture verticali, ma soprattutto orizzontali e facciata continua - la soluzione indicata nel prospetto del dettaglio non corrisponde alle indicazioni contenute in pianta - la generica indicazione riportata nei documenti citati, nonché quella del Dettaglio di facciata "Facciata continua a montanti e traversi Fattore solare del solo vetro $g_{gl,n} \leq 30\%$ Trasmittanza termica intero serramento (telaio+vetro) $\leq 1.20 W/m^2$ " non appare contenere le caratteristiche prestazionali minime per la definizione di un elemento di tale importanza. A mero titolo indicativo e non esaustivo, si segnala che le vetrate dovranno garantire anche la sicurezza quantomeno nei confronti degli urti e della effrazione e dovranno, quindi, essere realizzate con vetri stratificati. Inoltre, nel *Computo metrico estimativo - Opere edili* (elaborato C1065_D_GE_BOQ_00_00_0101_r00) tale lavorazione compare come "facciata vetrata a montanti e traversi", senza alcuna altra indicazione e si riporta un prezzo, pari a 425,25€/mq, che appare poco credibile.



Appare, altresì, ancora meno definita la soluzione della schermatura metallica dei macchinari posti all'ultimo piano. In questo caso non esiste alcun dettaglio che fornisca indicazioni tecniche e formali per una parte delle chiusure verticali esterne che svolge un ruolo di grande importanza anche a livello percettivo nella definizione delle caratteristiche dell'architettura. Unica scarna indicazione è contenuta nella *Relazione tecnica opere edili* (elaborato C1065_D_AR_GEN_00_00_0001_r00) e nel *Computo metrico estimativo - Opere edili* in cui tutto è risorto con una semplice voce di "Grigliati con lamelle a Z" che riguardano una superficie di 6.000 mq la cui funzione, anche formale, è ben evidenziata nelle vedute prospettiche.

Inoltre, non è assolutamente definito il rapporto dello stesso con i pannelli fotovoltaici che interessano tutte le coperture dell'ospedale che, peraltro, non sono indicati nelle sezioni poste a corredo del progetto. Non è dato comprendere se il grigliato metallico sia posato in modo da realizzare una copertura ancorché permeabile, se i pannelli siano disposti in orizzontale, ovvero - come sarebbe opportuno a fini produttivi - se siano inclinati; come possa avvenire la manutenzione degli stessi.

In conclusione, in riferimento agli aspetti sopra evidenziati, la Sezione è del parere che il PFTE in esame debba essere modificato e integrato prima dell'avvio della procedura di appalto, portando ad una più compiuta definizione le parti del progetto cui è conferita una grande rilevanza formale e tecnica, definizione che non può essere attribuita ad un soggetto portatore di altri legittimi interessi diversi da quelli del Committente.

Capitolati speciali d'appalto

I Capitolati speciali d'appalto non erano presenti nel PFTE trasmesso al Consiglio superiore. Sono stati inviati successivamente con le integrazioni recepite con nota prot. 12001.13-10-2025 riportata in Premesse.

Per quanto attiene i Capitolati speciali degli Impianti meccanici e idrici e per gli Impianti e elettrici e speciali si rinvia a quanto osservato in merito nelle pertinenti parti del presente parere.

In merito al *Capitolato Speciale d'Appalto - Opere edili* si osserva che il documento è identico al *Disciplinare descrittivo e prestazionale degli elementi tecnici - Opere edili* (elaborato C1065_D_AR_GEN_00_00_0010-r00) trasmesso inizialmente, a meno dell'introduzione di un capitolo dedicato a "Opere civili a verde".

In linea generale il Capitolato appare alquanto generico, anche se sono presenti le lavorazioni previste in progetto ad eccezione, come si è detto, di quella relativa alla facciata continua in montanti e trasversi.

Il *Capitolato Speciale d'Appalto - Opere edili* dovrà, pertanto, essere maggiormente dettagliato segnatamente in relazione alle lavorazioni rilevanti ai fini del conseguimento delle caratteristiche prestazionali dell'opera e, in ogni caso, quantomeno integrato per la lavorazione sopra indicata, nella presente fase progettuale (PFTE) e, comunque, prima dell'avvio delle procedure di appalto.

Documenti economici

Il costo presunto dell'opera è stato individuato tramite computi metrici estimativi sommari suddivisi per disciplina (Opere edili, Strutture, Impianti meccanici, Impianti elettrici).

Ognuno di questi documenti è preceduto da una *Premessa* da cui si evince che gli elaborati erano stati predisposti per un PFTE non da "appalto integrato", come chiaramente desumibile dal testo:

"Il CME è redatto in conformità all'Allegato I.7 del Codice dei Contratti Pubblici D.lgs. n.36/2023, più specificatamente quanto descritto negli articoli della 'Sezione II – Progetto di Fattibilità Tecnico Economica'. Nell'art. 16 'Calcolo sommario dei lavori' viene esplicito come tali importi, in linea generale e in caso di appalto integrato, siano calcolati redigendo un computo estimativo di massima.

La mancata specifica "metrico" in abbinata alla precedente definizione di "calcolo sommario dei lavori" conferma la volontà del legislatore di identificare la valutazione estimativa di un PFTE NON DA APPALTO INTEGRATO, come uno step intermedio che verrà completato nel successivo livello di progettazione (esecutivo) da tutti i documenti metrici, di sviluppo di dettaglio e di analisi prezzi propri di un livello di progettazione da mettere a base di gara d'appalto".

Tale livello di definizione, seppur ammissibile, deve, comunque, essere oggetto di integrazione di alcune voci di prezzo, come specificato ai precedenti punti.

Quadro economico

Il *Quadro economico di progetto* (elaborato 1065_D_GE_BOQ_00_00_0001_r00) riportato nel PFTE è redatto in conformità a quanto indicato nell'Allegato I.7 al Codice dei contratti e riporta, per i lavori e per i Costi della sicurezza, valori coerenti con quelli indicati negli elaborati di progetto.

Esso riporta un costo complessivo dell'intervento pari a € 250.000.000,00, di cui € 190.811.566,48 per lavori costi della sicurezza e € 59.188.433,52 per somme a disposizione. Queste ultime incidono per circa il 23,7% sul costo complessivo e includono costi per espropri e spostamento linea ad alta tensione per più di 6 Meuro. Sia la parte relativa ai lavori, che quella afferente alle Somme a disposizione sono ben articolate, coerenti con gli elaborati progettuali e con le attività necessarie alla realizzazione dell'intervento in questione.

Per quanto attiene eventuali considerazioni sui costi parametrici, oltre alle osservazioni riportate in merito nella parte del presente parere dedicata agli *Aspetti relativi all'edilizia ospedaliera e sociosanitaria*, si osserva che l'elaborato contenente il Quadro economico è preceduto da un interessante capitolo dedicato a "Considerazioni parametriche sugli importi lavori" che, oltre a riportare il costo parametrico dell'Ospedale in questione, lo raffronta con altri ospedali progettati dallo stesso RTP in anni recenti.

OSPEDALE DI SAVIGLIANO	Totale con OS	€/m² incl. OS	%
Op. edili	36.020.059 €	519	20
Op. strutturali	47.560.008 €	685	27
Op. impianti meccanici	46.355.230€	668	26
Op. impianti elettrici	45.811.145 €	660	26
TOT OSPEDALE	175.746.444 €	2.532	100
Op. esterne	15.065.122€	123	/
TOT Generale	190.811.566 €	/	/

Si riportano di seguito tabelle riepilogative di progetti analoghi recentemente sviluppati da RTP con capogruppo Studio Altieri.

OSPEDALE DI CESENA (PD 2025)	Totale con OS	€/m² incl. OS	%
Op. edili	66.020.508 €	689	28
Op. strutturali	58.422.002 €	610	25
Op. impianti meccanici	69.341.262 €	724	30
Op. impianti elettrici	39.161.156 €	409	17
TOT OSPEDALE	232.944.927 €	2.431	100
Op. esterne	14.346.087 €	123	/
TOT Generale	247.291.015 €	/	/

POLO DELLE MEDICINE (PFTE 2024)	Totale con OS	€/m² incl. OS	%
Op. edili	14.276.329 €	692	29
Op. strutturali	13.803.056 €	669	28
Op. impianti meccanici	11.486.638 €	557	23
Op. impianti elettrici	10.035.684 €	486	20
TOT OSPEDALE	49.601.707 €	2.403	100
Op. esterne	/	/	/
TOT Generale	/	/	/

OSPEDALE DI SALERNO (PE 2023)	Totale con OS	€/m² incl. OS	%
Op. edili	98.656.433 €	555	29
Op. strutturali	103.374.365 €	582	30
Op. impianti meccanici	77.111.681 €	434	23
Op. impianti elettrici	61.378.880 €	346	18
TOT OSPEDALE	340.521.359 €	1.917	100
Op. esterne	15.461.325 €	122	/
TOT Generale	355.982.684 €	/	/

In conclusione, al presente paragrafo dedicato agli aspetti tecnico-economici, oltre a quanto puntualmente sopra prescritto, o osservato in relazione ai singoli aspetti, la Sezione richiama il contenuto dell'art. 21, comma 1, dell'Allegato I.7 al Codice dei contratti, che indica, con chiarezza, l'atteggiamento che deve guidare un Committente e il suo Progettista nella redazione di un PFTE da "appalto integrato".

“Nel caso in cui il PFTE sia posto a base di un appalto di progettazione ed esecuzione, il progetto deve essere sviluppato con un livello di approfondimento tale da individuare prestazionalmente le caratteristiche principali, anche geometriche, formali, tecnico-costruttive e materiche, dell'intervento e segnatamente quelle alle quali il committente attribuisce rilevanza ai fini del conseguimento degli obiettivi e dei risultati desiderati”.

Si richiama altresì l'art. 22, comma 7, sempre dell'Allegato sopra citato che dispone quanto segue:

“Nell'ipotesi di affidamento congiunto di progettazione esecutiva ed esecuzione di lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica, il progetto esecutivo non può prevedere significative modifiche alla qualità e alle quantità delle lavorazioni previste nel progetto di fattibilità tecnica ed economica. Sono ammesse le modifiche qualitative e quantitative, contenute entro i limiti stabiliti dal codice, che non incidano su eventuali prescrizioni degli enti competenti e che non comportino un aumento dell'importo contrattuale”.

Forme e fonti di finanziamento

Dalla Relazione istruttoria del RUP si evince che l'INAIL ha inserito nei propri piani triennali di investimento, “la costruzione del nuovo Ospedale della A.S.L. CNI, per un importo di Euro 195.000.000,00, confermata anche dal D.P.C.M. 14 settembre 2022, Allegato B”.

La Regione Piemonte (Delibera di Giunta Regionale (D.G.R.) 1-7297 del 25/07/2023) ha evidenziato *che i costi stimati dei nuovi presidi ospedalieri inseriti nella programmazione dei piani triennali di investimento INAIL risultavano sottostimati di una media di circa il 30-35%...* e che *“.. sarebbe potuta essere necessaria un’attualizzazione degli importi economici degli stessi”*.

La Regione Piemonte ha provveduto a comunicare al Ministero della Salute e all’INAIL l’importo aggiornato per la realizzazione degli interventi originariamente previsti nel D.P.C.M. 14 settembre 2022, attualizzando l’importo necessario per la costruzione del Nuovo Ospedale di Savigliano ad € 250.000.000,00.

Con Deliberazione del Direttore Generale 161 del 20/05/2024 l’ASL CN1 ha recepito lo schema di Accordo.

Con Decreto Ministeriale del 5 novembre 2024, sono state previste risorse aggiuntive per la realizzazione del “Nuovo Ospedale di Savigliano” pari a € 55.000.000,00, portando l’importo complessivo dell’iniziativa a 250.000.000,00 di euro.

“L’intervento sarà quindi completamente finanziato con fondi INAIL. Le spese di progettazione e di acquisizione delle aree su cui sorgerà l’opera saranno rimborsate all’ASL CN1 da INAIL”.

Aspetti di carattere generale inerenti alla procedura di appalto

Dalla documentazione trasmessa traspare un atteggiamento nei confronti delle procedure per la scelta del contraente che è mutato nel tempo.

Da quanto riportato nel *Quadro economico di progetto* si evince che *“...il presente livello di progettazione (PFTE), non sarà posto direttamente a base di gara, ma subirà una ulteriore fase di progettazione esecutiva, nella quale i listini verranno adeguati agli ultimi usciti.”*

Per converso dalla *Relazione di istruttoria* del RUP si apprende che il programma di investimenti relativo all’opera in esame prevede la realizzazione tramite un investimento da parte di INAIL, mediante un appalto integrato di progettazione esecutiva e costruzione. In questo conteso INAIL, con propria comunicazione, ha *“manifestato la propria volontà di adeguarsi al mutato quadro giuridico e, in particolare, alla riduzione dei livelli di progettazione da tre a due, ai sensi dell’art. 41 del Nuovo Codice”*.

In merito la Sezione osserva che un progetto di tale complessità (la tipologia ospedaliera è la più complessa fra tutte le opere pubbliche) realizzato con appalto di progettazione ed esecuzione sulla base di un PFTE (seppure integrato da alcuni elaborati), pone problemi di opportunità di tale scelta che deve, comunque, essere motivata ai sensi dell’art. 44, comma 2 del Codice dei contratti, valutandola anche in relazione ad un appalto su progetto esecutivo, o al ricorso al Partenariato pubblico privato.

In tale ultimo caso, un PFTE, integrato con gli elaborati previsti dal Codice dei contratti, può essere considerato un livello opportuno, perché lascia al futuro Concessionario alcune scelte tecniche che possono ottimizzare le proprie capacità gestionali, una volta definiti gli obiettivi di qualità e di funzionalità del progetto da parte del Committente. Per converso non debbono essere tenuti in debito conto i vantaggi per il Committente e per la qualità dell’opera derivanti da un appalto di sola costruzione sulla base di un progetto esecutivo sembra presentare.

In merito alla procedura di appalto da utilizzarsi si osserva che la motivazione espressa nella *Relazione di istruttoria*: *“Si prospetta di realizzare l’opera attraverso il sistema dell’appalto integrato di progettazione esecutiva e realizzazione dell’opera per una migliore traslazione del rischio di progettazione e costruzione in capo ad un operatore dotato di competenze e capacità specifiche”*, non appare sufficiente per l’assunzione di una decisione così significativa nell’iter realizzativo dell’opera, anche in considerazione del fatto che l’affidamento della progettazione esecutiva ad un operatore professionale dotato delle medesime *“competenze e capacità specifiche”* prima dell’appalto, lascerebbe all’Amministrazione la possibilità di gestire tale fase -

così cruciale per la definizione puntuale di ogni specifica tecnica ed economica - nella completa disponibilità delle proprie attribuzioni, potendo interloquire con il gruppo di progettazione senza i vincoli imposti, nel caso di appalto integrato, dal rapporto contrattuale con un soggetto che è, al contempo, progettista ed esecutore dei lavori.

Si segnala inoltre, che la pretesa giustificazione di un risparmio temporale non appare del tutto fondata, né il ricorso a tale soluzione sembra porre la Stazione appaltante al riparo da possibili contenziosi come la realtà applicativa ha più volte evidenziato.

Tutto ciò premesso e considerato, la Sezione, all'unanimità, è del

PARERE

che il progetto di fattibilità tecnico-economica (PFTE) relativo alla realizzazione del “Nuovo Ospedale Unico del Quadrante Nord Ovest della Provincia di Cuneo (Saluzzo - Savigliano - Fossano)”, debba essere integrato e modificato secondo le prescrizioni indicate nei suesposti *Considerato*, tenendo conto delle raccomandazioni e osservazioni ivi riportate. Il successivo procedimento di verifica e validazione, previsto dal quadro normativo vigente, includerà anche la verifica di ottemperanza alle prescrizioni sopra espresse.

LA COMMISSIONE RELATRICE
(*omissis*)

IL SEGRETARIO DELLA PRIMA SEZIONE
arch. Maria MIANO
(*originale firmato digitalmente*)

IL PRESIDENTE DELLA PRIMA SEZIONE
ing. Gennaro DE VIVO
(*originale firmato digitalmente*)

IL SEGRETARIO DELLA PRIMA SEZIONE
arch. Maria MIANO



Maria MIANO
Ministero delle
Infrastrutture e dei
Trasporti

LA PRESENTE COPIA - COMPOSTA DI N. 53 PAGINE - PROVIENE DALL'ORIGINALE DISPONIBILE PRESSO LA SEGRETERIA DELLA PRIMA SEZIONE DEL CONSIGLIO SUPERIORE DEI LAVORI PUBBLICI