

DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE

Case di Comunità – Ospedali di Comunità



Indice

INQUADRAMENTO GENERALE	2
1. Cenni sull'organizzazione del sistema sanitario regionale.....	2
2. Le Case e gli Ospedali di Comunità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	2
3. Cenni sulla programmazione lombarda delle Case e degli Ospedali di Comunità: riconoscimento normativo e modello organizzativo delle strutture.....	4
4. Cenni sulla programmazione lombarda delle Case e degli Ospedali di Comunità: localizzazione e configurazione delle strutture.....	5
5. Approfondimenti tematici sul modello organizzativo e tipologico delle Case e degli Ospedali di Comunità.....	6
MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CASE DI COMUNITÀ	7
6. Area dei servizi amministrativi	7
7. Area dell'assistenza primaria	8
a) Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.....	8
b) Medici di Continuità Assistenziale	8
c) Infermieri di Famiglia e di Comunità	9
8. Area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base.....	9
9. Area della fragilità e dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità	10
d) Il Punto Unico di Accesso (PUA)	10
e) L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	10
f) Integrazione con i servizi sociali dei comuni.....	10
g) Forme di collaborazione con le comunità locali.....	11
MODELLO ORGANIZZATIVO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ	11
MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	12
MODELLO TIPOLOGICO DELLE CASE E DEGLI OSPEDALI DI COMUNITA' (CONCEPT).....	13
10. Iconografia del "cubo"	15
11. Schemi funzionali delle Case e degli Ospedali di Comunità.....	16
12. Legenda delle funzioni	17
13. Schemi planimetrici.....	18
INFORMAZIONI ULTERIORI SUI TEMI DEL CONCORSO DI IDEE	21

INQUADRAMENTO GENERALE

1. Cenni sull'organizzazione del sistema sanitario regionale

Il Sistema Socio Sanitario regionale della Lombardia è attualmente organizzato secondo un modello complesso, che ai fini del presente documento pare utile ripercorrere nei suoi tratti fondamentali.

Il modello vede, come attori protagonisti, le agenzie di tutela della salute (ATS), che per le circoscrizioni territoriali di rispettiva competenza, corrispondenti ad una o più province, svolgono compiti di programmazione, di vigilanza e di controllo sanitario, e le aziende socio sanitarie territoriali (ASST), che invece provvedono, per ambiti in genere più circoscritti, all'erogazione per la parte pubblica delle prestazioni di medicina specialistica, ambulatoriale e ospedaliera.

Le ASST gestiscono strutture diffuse nei territori e connotate da diverse vocazioni e tipologie come, ad esempio, i poliambulatori, i centri vaccinali, gli ospedali. Lo fanno in concomitanza con aziende private che, come prefigurato nel modello di cui sopra, rappresentano elementi fondamentali per garantire, in regime di sussidiarietà orizzontale e sotto la specie dell'accreditamento al servizio pubblico, un'efficace erogazione di prestazioni sanitarie alla cittadinanza.

Quest'ultimo aspetto, pur nella sua significatività nello scenario del Sistema Socio Sanitario lombardo, come del resto in quello di altre regioni italiane, riveste scarsa rilevanza ai fini della presente procedura concorsuale che, lo si ribadisce sin d'ora, è rivolta esclusivamente alla predisposizione di proposte ideative riferite a strutture pubbliche.

2. Le Case e gli Ospedali di Comunità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

In tempi recenti l'organizzazione dell'offerta sanitaria ha ricevuto un importante impulso riformatore dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), elaborato dal Governo Italiano per dare attuazione al programma comunitario *Next Generation EU* (NGEU).

Il Piano Nazionale e il sotteso Programma Comunitario sono stati oggetto di un'ampia e dettagliata divulgazione da parte degli organi di stampa. Pare dunque superfluo soffermarsi in questa sede sui loro aspetti peculiari. Non si può comunque tacere che, predisposti come strumenti di risposta ai danni prodotti da una pervasiva e persistente epidemia, essi rappresentano i veicoli per una radicale riforma del Nostro Paese, per una sua significativa evoluzione verso più elevati livelli di modernità, per una profonda ristrutturazione del sistema economico e sociale, per il conseguimento di standard di maggiore sostenibilità ambientale, per un sostanziale potenziamento ed efficientamento del sistema infrastrutturale, per una riorganizzazione dei servizi alla persona e, in particolare, dei servizi inerenti alla salute pubblica.

Il Piano Nazionale dedica al tema della salute la propria missione n. 6, che si focalizza principalmente sulla cd. "medicina territoriale", ovvero su quell'insieme di funzioni rivolte, nel loro complesso, a garantire la prevenzione medica, la diagnostica e la cura extraospedaliera, da esercitare in presidi diffusi nel territorio per assicurare la vicinanza ai cittadini e divenire, per gli stessi, luoghi privilegiati di accesso alle prestazioni sanitarie, uffici per la scelta e la revoca dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, sportelli per la prenotazione delle prestazioni specialistiche,

centri per la presa in carico dei pazienti cronici e per l'organizzazione delle cure domiciliari, punti di ricovero a bassa intensità clinica e luoghi di transizione dall'ospedale alla casa.

Per lo svolgimento di queste funzioni il PNRR prefigura nell'intero territorio nazionale la creazione di nuove strutture sanitarie, rappresentate, per quanto ora d'interesse, dalle Case e dagli Ospedali di Comunità.

Per presentare le Case di Comunità, il Piano così si esprime:

"L'emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) di fornire servizi adeguati sul territorio. Non solo il processo di invecchiamento della popolazione italiana prosegue, ma una quota significativa e crescente della stessa, pari circa al 40 per cento, è afflitta da malattie croniche. Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. ... La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi che, secondo un approccio di medicina di genere, dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica."

Per presentare gli Ospedali di Comunità il Piano utilizza, invece, le seguenti espressioni: *"L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti."*

Le previsioni ora riportate profilano efficacemente le Case e gli Ospedali di Comunità nel contesto dell'offerta sanitaria pubblica e non mancano di sottolineare alcuni loro aspetti qualificanti che, a ben vedere, sono gravidi di conseguenze anche sotto profilo progettuale.

Si demanda ai concorrenti il compito di dedurre tali aspetti e di trasferirli nelle loro proposte ideative. Le quali, a nostro avviso non potranno trascurare, a mente delle definizioni rese dal PNRR (dianzi riportate), quanto le Case e gli Ospedali di Comunità possano rappresentare nei territori di appartenenza e, in tal senso, il loro ruolo di avamposti della medicina territoriale, di punti di riferimento per la

popolazione locale, di elementi polarizzanti per l'affermazione di nuove centralità urbane imperniata sull'erogazione dei pubblici servizi di zona. Si ritiene che simili assunti possano, ed anzi debbano trovare riscontro in termini progettuali unitamente alle tematiche, altrettanto evidenti e apprezzabili sotto il profilo progettuale, della riconoscibilità delle strutture, dunque della loro rispondenza ad un chiaro e confacente disegno identitario, unitario e parimenti idoneo ad essere declinato nelle diverse realtà locali nelle quali le Case e gli Ospedali di Comunità dovranno essere insediati.

Le attività progettuali oggetto del concorso di idee non possono, tuttavia, appoggiarsi alle sole definizioni rese dal PNRR. Per il loro svolgimento sono necessari ulteriori chiarimenti riferiti alla connotazione e all'assetto organizzativo delle Case e degli Ospedali di Comunità. Li si forniscono ripercorrendo brevemente l'iter di programmazione regionale e ponendo l'accento sugli aspetti che assumono interesse nell'ambito della presente procedura concorsuale.

In Lombardia la programmazione delle Case e degli Ospedali di Comunità si è sviluppata secondo un percorso unitario e al contempo sfaccettato, che ha inteso affrontare la complessa sfida dell'integrazione nel sistema sanitario regionale dei nuovi, inediti presidi organizzativi prefigurati dal PNRR.

3. Cenni sulla programmazione lombarda delle Case e degli Ospedali di Comunità: riconoscimento normativo e modello organizzativo delle strutture

In ambito lombardo il processo programmatorio delle Case e degli Ospedali di Comunità ha avuto esordio con la deliberazione di Giunta Regionale n. IX/4811 del 31 maggio 2021 che, assunta immediatamente a valle del PNRR, ha fornito un sommario profilo di queste strutture, attento a coglierne l'essenza innovativa prefigurata dal Piano Nazionale e a costituire un presupposto per l'assunzione di successivi atti di regolazione della materia.

Il profilo è divenuto più nitido nella deliberazione di Giunta Regionale n. IX/5068 del 22 luglio 2021, di promozione di un progetto di legge di riconfigurazione del sistema sanitario lombardo, che ha inteso riconoscere le Case e gli Ospedali di Comunità nel quadro normativo regionale come capisaldi della medicina territoriale ed elementi indefettibili del sistema sanitario lombardo. Le scelte compiute con la deliberazione giuntalesca si sono consolidati solo nell'arco di alcuni mesi, precisamente alla fine dell'anno scorso, con l'approvazione della l.r. n. 22 del 14 dicembre 2021 di modifica del testo unico delle leggi regionali sanitarie.

L'indicata legge, o meglio il testo unico che per suo effetto è stato modificato, oltre a riconoscere in diritto le Case e gli Ospedali di Comunità, ha disposto che queste strutture dovessero afferire alle ASST, e segnatamente ai loro poli territoriali, ossia ai rami delle aziende sanitarie specificamente dedicati all'erogazione di prestazioni sanitarie nei territori di appartenenza. Il che testimonia lo stretto legame che il legislatore ha inteso costituire tra le strutture e gli ambiti territoriali di appartenenza e il suo obiettivo di assurgere le strutture stesse a punti di riferimento delle comunità locali.

Questi assunti, già peraltro sottesi nelle previsioni PNRR, si evidenziano maggiormente nella legge regionale, ed in particolare nelle sue disposizioni di seguito riportate:

“Tali presidi (il riferimento è alle Case e agli Ospedali di Comunità) devono essere ben identificabili dal cittadino e costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie, collegate in via informatica con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, e concorrono a garantire la continuità delle

cure.

Gli ospedali di comunità sono strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSSL (Piano Socio Sanitario Integrato Lombardo), di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

Le case di comunità ... a) erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità garantendo l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali; b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente; c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa (ossia percorsi mirati di prevenzione delle malattie croniche e di contenimento del loro eventuale aggravamento), di prevenzione e di educazione sanitaria; c bis) garantiscono il collegamento tra ospedale e territorio attraverso la presenza dell'infrastruttura tecnologica e l'integrazione multiprofessionale assicurata anche dall'attività dei MMG (medici di medicina generale) e PLS (pediatri di libera scelta), anche riuniti in cooperativa e in collaborazione con le farmacie convenzionate ..., per garantire prossimità, facilità ed equità di accesso ai servizi, anche nelle zone rurali e della fascia montana, considerando le caratteristiche fisiche, demografiche e insediative del territorio e i bisogni di salute della popolazione di riferimento ... In ogni casa di comunità è presente un punto unico di accesso, accoglienza, informazione e orientamento del cittadino che opera in stretto contatto con la COT (Centrale Operativa Territoriale) al fine di assicurare un accesso unitario, appropriato e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale. Al fine di assicurare l'integrazione sociosanitaria degli interventi, nella casa di comunità è prevista la presenza del servizio sociale professionale del SSR, dello psicologo e del consultorio".

Per dar seguito alle disposizioni ora riportate e giungere ad una loro più puntuale declinazione è stato costituito un gruppo di lavoro comprendente tecnici di Regione Lombardia, delle ATS e delle ASST lombarde, al quale è stato affidato il compito di definire il modello organizzativo delle Case e degli Ospedali di Comunità.

Il gruppo di lavoro ha ormai ultimato le proprie valutazioni e le ha trasfuse in un documento finale che verrà descritto nel seguito del presente documento ponendo l'attenzione sugli aspetti rilevanti nella procedura concorsuale.

Prima di procedere alla descrizione si ritiene utile ripercorrere alcuni aspetti della programmazione regionale finora trascurati.

4. Cenni sulla programmazione lombarda delle Case e degli Ospedali di Comunità: localizzazione e configurazione delle strutture

Il programma realizzativo delle Case e degli Ospedali di Comunità, oltre a soffermarsi sugli aspetti organizzativi, ha affrontato il tema della localizzazione delle strutture nel territorio: questione di notevole complessità, dominata da fattori geografici, urbanistici, immobiliari e finanche inerenti ad una capillare diffusione dei servizi.

Le prime ipotesi localizzative delle Case e degli Ospedali di Comunità sono state formalizzate nella deliberazione di Giunta Regionale n. XI/5195 del 6 settembre 2021, assunta a valle di uno studio predisposto dalla scrivente ATS per delineare la rete delle strutture all'interno della città di Milano.

Lo studio, riferito all'area milanese, quindi ad un ambito geograficamente limitato ma oltremodo significativo sotto il profilo urbanistico e demografico, ha sistematizzato gli esiti di una approfondita analisi interdisciplinare e li ha ricondotti ad una unitaria proposta programmatica che, in coerenza con gli assunti della pianificazione urbanistica locale e con i programmi comunali di valorizzazione dei municipi, ha definito il numero delle strutture da realizzare nella città e la loro conseguente dislocazione nel tessuto urbano.

Le proposte localizzative delineate dallo studio hanno avuto seguito in successive deliberazioni di Giunta Regionale, riferite non solo alla città di Milano ma all'intero territorio lombardo. Nella più recente, la n. XI/6080 del 7 marzo 2022 è stato approvato l'elenco delle Case e degli Ospedali di Comunità da realizzare nell'intero contesto regionale.

Le Case e gli Ospedali di Comunità saranno allestite in relazione alle caratteristiche dei siti di localizzazione: qualora vi siano presenti edifici idonei ad ospitare le strutture, si effettueranno lavori di risistemazione o di ristrutturazione dei fabbricati esistenti, diversamente si provvederà ad interventi di nuova edificazione secondo un modello unitario, variamente declinato in base alle specificità dei luoghi, che rappresenti adeguatamente il ruolo delle strutture e ne garantisca la riconoscibilità nei contesti di appartenenza come punti di erogazione di servizi sanitari a beneficio delle popolazioni locali.

A questa linea d'azione si rifà la presente procedura concorsuale, che, come già accennato nel bando e nei precedenti paragrafi, è sostanzialmente mirata all'individuazione dell'indicato modello mediante un confronto concorrenziale teso ad individuare la migliore proposta ideativa, positivamente connotata in termini di originalità e di qualità architettonica, da offrire per lo sviluppo delle successive fasi progettuali.

Per fornire ai concorrenti un valido ausilio per l'elaborazione delle rispettive proposte si precisa che è possibile consultare gli elenchi dei siti individuati per la realizzazione delle Case e degli Ospedali di Comunità inseriti nelle D.G.R. sopra citate, fermo restando che il concorso è incentrato solo sulla realizzazione ex novo delle Case e degli Ospedali di Comunità. Agli stessi elenchi si potrà fare riferimento per una ipotetica contestualizzazione delle proposte, tenendo però a mente che il bando non richiede di dar luogo ad una specifica progettazione ma di provvedere all'elaborazione di un prototipo progettuale, una sorta di palinsesto architettonico che, pur adattabile alle peculiarità dei luoghi, conferisca alle strutture una veste omogenea e così assicuri la loro riconoscibilità nell'intero territorio regionale.

5. Approfondimenti tematici sul modello organizzativo e tipologico delle Case e degli Ospedali di Comunità

Al termine di queste premesse, a nostro avviso necessarie per fornire un doveroso inquadramento tematico della procedura concorsuale, si ritiene utile approfondire il modello organizzativo e il modello tipologico delle Case e degli Ospedali di Comunità per offrire ai concorrenti ulteriori elementi di contestualizzazione delle loro proposte ideative.

Gli approfondimenti seguono nei successivi paragrafi, uno dei quali dedicato, per completezza espositiva, ad una sintetica presentazione delle Centrali Operative Territoriali, ossia di quelle strutture che, nella visione prefigurata dal PNRR e dalla recente legislazione regionale, completano il quadro organizzativo della medicina del territorio.

MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CASE DI COMUNITÀ

Le Case di Comunità rappresentano il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza di prossimità per le popolazioni di riferimento e per l'attivazione di logiche e processi di medicina di iniziativa.

Le funzioni delle Case di Comunità sono riconducibili a 4 macro aree integrate:

- Area dei servizi amministrativi;
- Area dell'assistenza primaria;
- Area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base;
- Area della fragilità e dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità.

L'eventuale presenza nelle Case di Comunità di altri servizi, tra cui quelli dedicati alla salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, la medicina dello sport, le attività consultoriali, i programmi di screening e le vaccinazioni, deve trovare collocazione in aree specificamente dedicate.

6. Area dei servizi amministrativi

I servizi amministrativi vengono erogati tramite sportelli mono o polifunzionali che forniscono all'utenza:

- Informazione e orientamento sui servizi e gli interventi del sistema sanitario, sociosanitario e sociale;
- Raccolta della documentazione per richieste rimborso, richieste di fornitura per il servizio di protesica e integrativa, richieste di fornitura per il servizio di assistenza farmaceutica;
- Servizi CUP: informazione, prenotazione e accettazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica e ritiro referti;
- Servizi Scelta e Revoca: iscrizione al SSR, scelta e revoca del MMG/PLS, mantenimento PLS dopo i 14 anni, richiesta nuova tessera sanitaria, esenzioni da ticket;
- Altri servizi di area amministrativa utili al completamento dell'offerta al cittadino (es. commissione patenti, invalidità).

A tendere, questi servizi potranno essere accessibili con una logica multicanale: piattaforme da remoto (Web, call center, APP, ecc.), servizi fisici, totem nei luoghi erogativi e di accesso.

7. Area dell'assistenza primaria

Le figure professionali attive o collegate alle Case di Comunità sono:

- Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- Medici di Continuità Assistenziale e Unità di Continuità Assistenziale;
- Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC).

a) *Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta*

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta possono esercitare le loro funzioni ponendo il loro ambulatorio nelle Case di Comunità o attivando un collegamento funzionale con le stesse. Per i medici e pediatri che, nell'ambito delle disponibilità assegnate, porranno il loro studio primario nelle Case di Comunità quale sede della loro attività convenzionata con il Servizio Sanitario Regionale, le strutture metteranno a disposizione servizi informativi, di accoglienza, infrastrutturali e logistici e offriranno ai loro assistiti la concomitanza di prestazioni complementari afferenti alla specialistica ambulatoriale, alla diagnostica, al centro unico di prenotazione ecc.

Tutti i medici delle aggregazioni funzionali territoriali (ossia quelli convenzionati nel territorio) ivi compresi i medici con studio primario nelle Case di Comunità potranno svolgere attività distrettuali all'interno delle stesse Case. Segnatamente potranno procedere alla:

- Definizione del Piano Assistenziale Individuale o del Progetto di Salute, se necessario con il supporto degli infermieri di famiglia e di comunità e degli assistenti sociali;
- Partecipazione agli incontri di équipe di valutazione multidimensionale (ovvero squadre di esperti nella valutazione globale, dinamica e interdisciplinare dei pazienti, volta ad identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale o ambientale delle persone;
- Discussione di caso con specialisti, anche nelle forme del teleconsulto;
- Diagnostica di base utilizzando strumentazione disponibile nelle Case di Comunità;
- Formazione congiunta e attività di coordinamento;
- Discussione di casi e confronto fra pari;
- Vaccinazione, diagnostica rapida, attività di prevenzione primaria e secondaria e altre attività previste dall'accordo integrativo.

b) *Medici di Continuità Assistenziale*

Secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) in merito all'organizzazione dell'assistenza territoriale, nelle Case di Comunità contraddistinte da una maggiore dotazione di servizi (ovvero, nelle cd. "Case di Comunità hub") dovranno essere presenti ambulatori di continuità assistenziale che provvedano, nei giorni e negli orari di chiusura degli studi medici, alle attività di diagnosi e di cura indifferibili ed urgenti.

Alle continuità assistenziali si affiancheranno le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), descritte nelle indicazioni ministeriali come équipe afferenti ai distretti e composte da almeno 1 medico e 1 infermiere.

c) Infermieri di Famiglia e di Comunità

Gli infermieri di famiglia e di comunità (IFeC) sono figure professionali che assicurano l'assistenza infermieristica nelle Case di Comunità e, in particolare, svolgono i seguenti compiti:

- Collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta per l'individuazione dei pazienti cronici, la definizione ed implementazione dei piani assistenziali individuali e dei progetti di salute;
- In accordo con il coordinatore delle aggregazioni funzionali territoriali con i direttori dei distretti, collaborazione alla stesura del programma degli interventi di sanità di iniziativa su gruppi di pazienti;
- Analisi del bisogno e accompagnamento alla presa in carico dei pazienti segnalati dai Punti Unici di Accesso (ossia dalle strutture di collaborazione tra i comparti sociale e sanitario), dalle Centrali Operative Territoriali (ossia dalle strutture che – come spiegato più avanti - faciliteranno, direttamente e mediante i canali digitali, l'orientamento dei cittadini nella rete dei servizi socio-sanitari) e dalle centrali 116117 (corrispondenti al numero telefonico unico regionale per richiedere assistenza o prestazioni);
- Collaborazione e coordinamento con operatori dell'assistenza domiciliare integrata nella trattazione dei relativi pazienti;
- Svolgimento di attività di "case management" per il monitoraggio sistematico dei piani assistenziali individuali e dei progetti di salute dei pazienti cronici segnalati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta;
- Gestione degli ambulatori infermieristici. Gli infermieri possono erogare prestazioni in ambulatori dedicati per i pazienti cronici (come ad es. monitoraggio pressione, glicemia, etc.), pertanto è bene che siano dotati di zone di relazione e parimenti strutture di "back office", dotate di mezzi di comunicazione telefonica e informatica, di spazi di deposito e archivio in sicurezza della documentazione acquisita. Inoltre possono recarsi al domicilio dei pazienti per effettuare interventi sanitari previsti dal servizio di assistenza domiciliare di base o di primo accompagnamento dei pazienti verso nuovi setting di cura;
- Collaborazione e coordinamento con il personale di studio dei medici di medicina generale e con gli operatori sociali del comune/Ufficio di Piano.

8. Area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base

L'offerta diagnostica e ambulatoriale specialistica delle Case di Comunità verrà focalizzata principalmente su attività di controllo/follow up, da dimensionare in base al bisogno epidemiologico della popolazione locale, rilevato con il supporto dell'ATS territorialmente competente. In alcuni casi potrà essere orientata secondo le vocazioni specifiche delle strutture.

L'organizzazione degli ambulatori specialistici, come quella degli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, devono seguire chiari criteri di razionalizzazione degli spazi e soprattutto prevedere il loro continuo utilizzo, anche da professionisti diversi, per poter massimizzare il potenziale dei servizi.

Nelle Case di Comunità hub, dotate di maggiori servizi, dovranno essere insediati punti di prelievo per l'effettuazione degli esami del sangue.

Nelle strutture poliambulatoriali preesistenti che verranno trasformate in Case di Comunità, accanto ai nuclei specialistici per la presa in carico dei bisogni della popolazione cronica afferente alla Casa, potranno mantenersi anche le aree specialistiche attualmente presenti. Tali aree potranno essere ulteriormente estese nelle Case di Comunità che ospiteranno servizi consultoriali o di consulenza e raccordo verso servizi di neuropsichiatria infantile.

9. Area della fragilità e dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità

Le Case di Comunità seguiranno le linee operative per la presa in carico multidisciplinare dei pazienti, garantendo la progettazione integrata di interventi di carattere sociale e di integrazione socio-sanitaria, in particolare a beneficio dei soggetti fragili.

Collaboreranno a tal fine i Punti Unici di Accesso e le strutture dell'Assistenza Domiciliare Integrata e servizi sociali comunali da insediare, ove possibile, nelle Case di Comunità (e sicuramente in quelle di nuova edificazione).

d) *Il Punto Unico di Accesso (PUA)*

Nelle Case di Comunità l'approccio integrato nella risposta ai bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali verrà garantito in via principale dai Punti Unici di Accesso (PUA).

Le Case di Comunità dovranno comprendere PUA operativi dal lunedì al sabato, almeno 6 ore al giorno. In prima applicazione saranno dedicati alla sola accoglienza "fisica", ma in breve dovranno adottare anche altre metodologie operative di tipo "multicanale", combinando l'accoglienza in presenza con quella da remoto (via telefono, email, piattaforme web).

I PUA sono servizi prioritariamente rivolti alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da concomitanti difficoltà sociali. Per questo motivo, all'interno delle Case di Comunità i PUA dovranno avere una elevata "visibilità" fisica e, in prospettiva, digitale. È utile insediarli in spazi "riservati", anche se non specificamente dedicati, che si prestino allo svolgimento di colloqui interpersonali di ambiente riservato e all'evasione delle incombenze d'ufficio, dunque siano dotati di zone di relazione e parimenti strutture di "back office", dotate di mezzi di comunicazione telefonica e informatica, di spazi di deposito e archivio in sicurezza della documentazione acquisita.

Presso il PUA opereranno infermieri di famiglia e di comunità e assistenti sociali.

e) *L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)*

L'Assistenza Domiciliare Integrata, quando è erogata direttamente dalle ASST, viene di norma organizzata e gestita alla scala dei distretti socio-sanitari. Essa, tuttavia, è destinata ad avere nelle Case di Comunità i propri punti di visibilità e di eventuale appoggio logistico.

L'ADI, comunque venga erogata, dovrà essere coordinata, secondo protocolli condivisi, con le funzioni di "case management" affidate agli Infermieri di Famiglia e di Comunità.

f) *Integrazione con i servizi sociali dei comuni*

L'integrazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie con i servizi sociali dei comuni rappresenta un punto nodale dell'organizzazione delle Case di Comunità: così ritengono sia il PNRR, sia la recente

legislazione regionale in materia sanitaria, concordi – come anticipato nei paragrafi precedenti – nel considerare tale integrazione come una componente essenziale e qualificante delle nuove strutture.

L'integrazione si applica sin dall'accesso degli assistiti alle Case di Comunità e passa attraverso un approccio su più livelli. Per definirla dovranno essere delineati, in via convenzionale, rapporti di collaborazione stabile tra le ASST e i Settori comunali dedicati all'ambito sociale, che consentano la partecipazione degli assistenti sociali di zona alle attività del PUA e alle valutazioni multidimensionali in modo da attivare tempestivamente gli interventi necessari all'assistenza dei pazienti fragili, secondo i appositi progetti terapeutici e di presa in carico elaborati allo scopo.

Ove possibile, e sicuramente nelle strutture di nuova edificazione, è auspicabile l'insediamento di servizi sociali dei comuni nelle Case di Comunità.

g) *Forme di collaborazione con le comunità locali*

I Punti Unici di Accesso e, più in generale, i servizi per la fragilità dovranno valorizzare e potenziare le relazioni con le associazioni di volontariato e del cd. "Terzo Settore" ed inoltre con le reti sociali informali.

L'apporto dei menzionati soggetti e, in genere, delle comunità locali si può esplicitare a livello di:

- Programmazione, coinvolgendo le associazioni nella pianificazione di alcune attività e progettualità;
- Erogazione da parte della comunità di servizi di supporto (ad esempio trasporti ai luoghi di cura e alle Case di Comunità) e monitoraggio dell'attività svolta ai fini del riorientamento delle prestazioni e dei servizi;
- Erogazione di servizi a gruppi di persone costruendo valorizzando le reti sociali esistenti e non a domanda individuale (es. gruppi di cammino, gruppi di educazione sanitaria, gruppi di sostegno alla aderenza alla terapia);
- Estensione e costruzione di nuove reti sociali che garantiscano inclusione e supporto alle persone fragili, sole o malate.

MODELLO ORGANIZZATIVO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Gli Ospedali di Comunità vengono delineati dal PNRR e dalla recente legislazione regionale come strutture di ricovero destinate a svolgere una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. L'accesso a queste strutture avverrà su indicazione dei reparti ospedalieri o su segnalazione dei medici di medicina generale, in entrambi i casi mediate dalle Centrali Operative Territoriali.

Gli Ospedali di Comunità dovranno avere una conduzione infermieristica continuativa con funzione di gestione assistenziale. Tra i loro obiettivi primari figurano l'erogazione in degenza di prestazioni sanitarie a bassa e media intensità terapeutica ma anche il coinvolgimento attivo dei pazienti nei percorsi terapeutici e riabilitativi mediante la loro formazione (e la formazione dei rispettivi familiari o

“caregiver”) nella gestione delle condizioni cliniche e terapeutiche e nel riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

L'obiettivo del ricovero presso gli Ospedali di Comunità deve essere formalizzato nel piano di assistenza individuale e condiviso con i pazienti e i caregiver. L'obiettivo deve essere altresì condiviso con i proponenti del ricovero, deve risultare coerente con la specifica vocazione degli Ospedali e dimostrarsi perseguibile nelle tempistiche previste dalla durata del ricovero (massimo 30 giorni).

MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Le Centrali Operative Territoriali (COT) ricevono una diretta menzione nel PNRR e nella recente legislazione regionale.

Il Piano le prevede nel numero di una per ogni distretto e le investe del compito di garantire il coordinamento degli interventi sui pazienti, con particolare riguardo ai cambiamenti di setting assistenziale (i.e. dal domicilio, all'ospedale, alla rete socio-sanitaria).

Sulla stessa linea si pone la recente legislazione regionale che, oltre a ribadire la presenza di centrali operative unitarie nei distretti, le configura in termini previsionali come *“punti di accesso territoriali, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta socio-sanitaria all'interno del distretto”*, e le investe delle attività di coordinamento dei *“servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali”*.

Gli indirizzi ministeriali riferiti agli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale assegnano alle Centrali Operative Territoriali tre funzioni fondamentali:

- Gestire le segnalazioni provenienti dai diversi servizi e professionisti sanitari (dimissioni ospedaliere, strutture intermedie, strutture residenziali, riabilitazione, medici di medicina generale) riferite a casi complessi o soggetti fragili che necessitano di un supporto nella transizione tra i vari livelli assistenziali (sia nel flusso step-down dall'ospedale verso le strutture territoriali o il domicilio sia nel flusso step up dal territorio verso le strutture intermedie o l'ospedale), eventualmente valutandone l'appropriatezza e identificando i bisogni specifici;
- Supportare nell'identificazione dei setting più adatti ai diversi casi, attivare i percorsi di transizione e, sulla base di un attento monitoraggio dell'offerta sanitaria disponibile (ospedale, cure intermedie, ADI), prenotare o attivare direttamente i servizi;
- Garantire il rispetto dei tempi massimi di permanenza nei setting a tempo definito (es. cure intermedie e riabilitazione) facilitando agli erogatori le dimissioni tempestive dei pazienti, grazie alla transizione programmata verso altri servizi (come ADI o RSA).

Le COT erogheranno le loro funzioni in modalità back office, saranno attivate dagli operatori che si trovano della rete socio-sanitaria, che a loro volta fungeranno da terminali con l'utenza.

Secondo lo standard prefigurati da AGENAS, in ciascuna Centrale Operativa Territoriale, riferita ad un territorio con popolazione di 100.000 abitanti, opereranno almeno un coordinatore infermieristico, 5 infermieri, 1 o 2 operatori amministrativi di supporto.

MODELLO TIPOLOGICO DELLE CASE E DEGLI OSPEDALI DI COMUNITA' (CONCEPT)

Il modello tipologico delle Case e degli Ospedali di Comunità da realizzare ex novo nella città di Milano è stato presentato nello studio allegato alla deliberazione di Giunta Regionale n. XI/5195 del 6 settembre 2021, che risulta contraddistinto da un'ampia e variegata dissertazione sulla localizzazione ottimale, sui processi realizzativi e sulle modalità di funzionamento delle nuove strutture.

Lo studio dedica alla tipologia edilizia delle Case e degli Ospedali di Comunità le espressioni di seguito riportate:

"E' stato prospettato ... un primo possibile modello tipologico (il cd. "cubo della salute") uniforme per tutte le nuove realizzazioni, che sarà oggetto di confronto e approfondimento anche attraverso collaborazioni con il sistema universitario milanese. Il "cubo", che si ritiene particolarmente confacente perché consente di ottimizzare gli spazi interni e di progettare la struttura in termini modulari a seconda delle funzioni da inserire, costituisce un modello facilmente replicabile e di facile realizzazione. Il cubo risulta peraltro rappresentativo, nel suo profilo essenziale riproposto per tutte le CDC di nuova edificazione, di un'immagine unitaria, emblematica dei servizi ospitati e utile ad un immediato riconoscimento delle strutture nel contesto cittadino. Il modello tipologico del "cubo" è ricorrente nell'architettura contemporanea, utilizzato anche nella progettazione di opere riferite all'ambito sanitario, come il Centro della Salute Porreres in Mallorca (Spagna), positivamente recensito dalla critica architettonica come opera contraddistinta da semplicità costruttiva e pur dotata di qualità progettuale e di un'efficace organizzazione dello spazio interno. Inoltre tale struttura consente di progettare in termini modulari a seconda delle funzioni da inserire e di incrementare la riconoscibilità esterna delle strutture."

Sulla scorta di queste considerazioni il "cubo" può essere considerato il concept delle Case e degli Ospedali di Comunità milanesi, il loro palinsesto iconografico, la loro forma primaria da rivestire col manto dell'architettura. Al suo interno le strutture potranno trovare agevole collocazione in spazi adeguati, disegnati secondo criteri di modularità, correttamente correlati gli uni agli altri e facilmente accessibili da parte del pubblico attraverso un sistema distributivo centrale.

Simili considerazioni si possono evincere dalla visione delle suggestioni iconografiche e degli schemi funzionali riprodotti nelle pagine seguenti e parimenti - fors'anche con maggiore chiarezza e sistematicità - dall'analisi delle planimetrie allegate, che sono state predisposte dagli uffici della scrivente ATS per dimostrare la validità del modello del "cubo" nel contesto milanese ma risultano peraltro idonee a prospettare una possibile applicazione a tutto territorio lombardo.

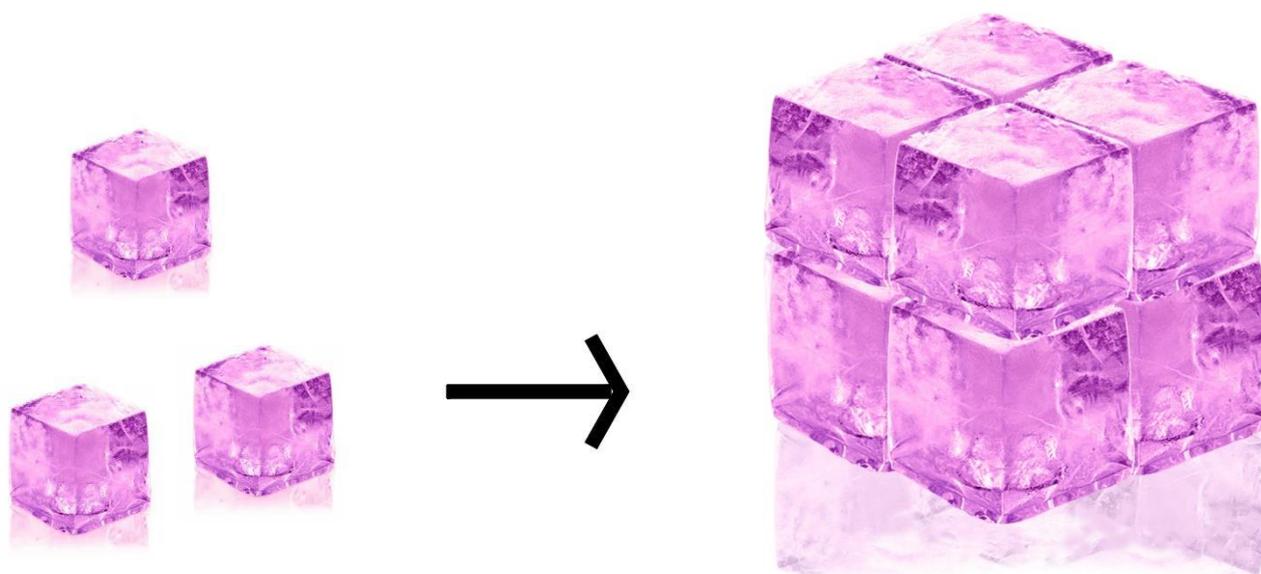
Da una siffatta possibilità discende l'impostazione della presente procedura concorsuale, che dunque non è da considerarsi territorialmente circoscritta alla città di Milano, ma estesa all'intero territorio regionale.

Per consentire il suo corretto svolgimento si ritiene utile richiamare un ulteriore punto dello studio specificamente dedicato alle Case di Comunità. Nel descrivere le Case di Comunità "hub", quelle provviste di una maggiore dotazione di servizi, lo studio sottolinea la possibilità che le stesse vengano aggregate agli Ospedali di Comunità. Cosa che rappresenta un'inedita intuizione organizzativa - destinata a suscitare preziose sinergie di funzionamento delle strutture e segnatamente a favorire la condivisione tra le stesse di dotazioni mediche, infermieristiche e strumentali - ma presenta chiari

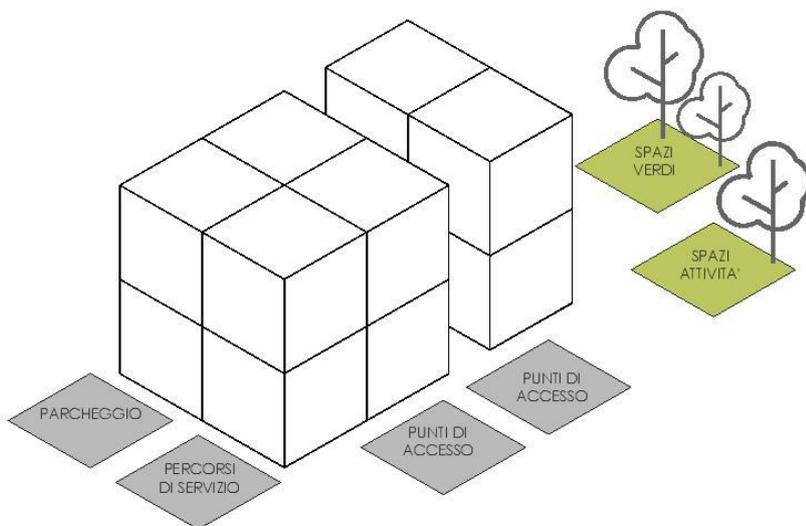
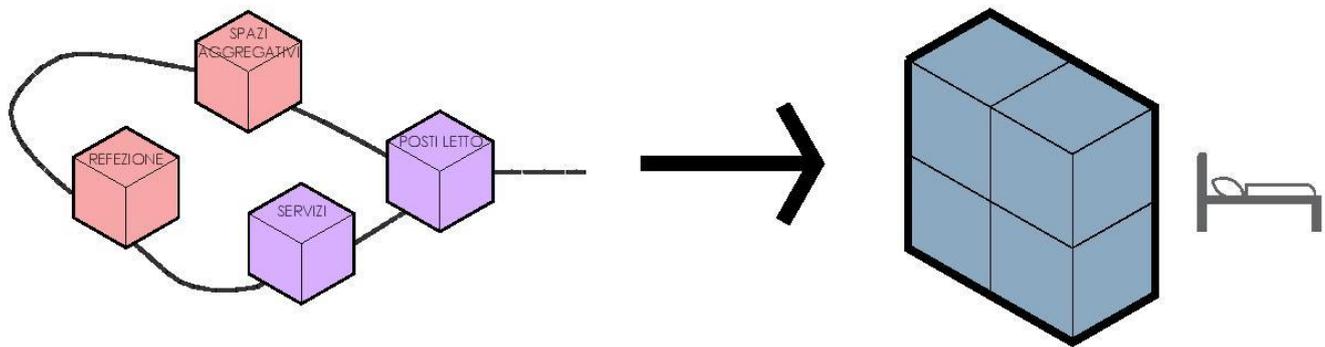
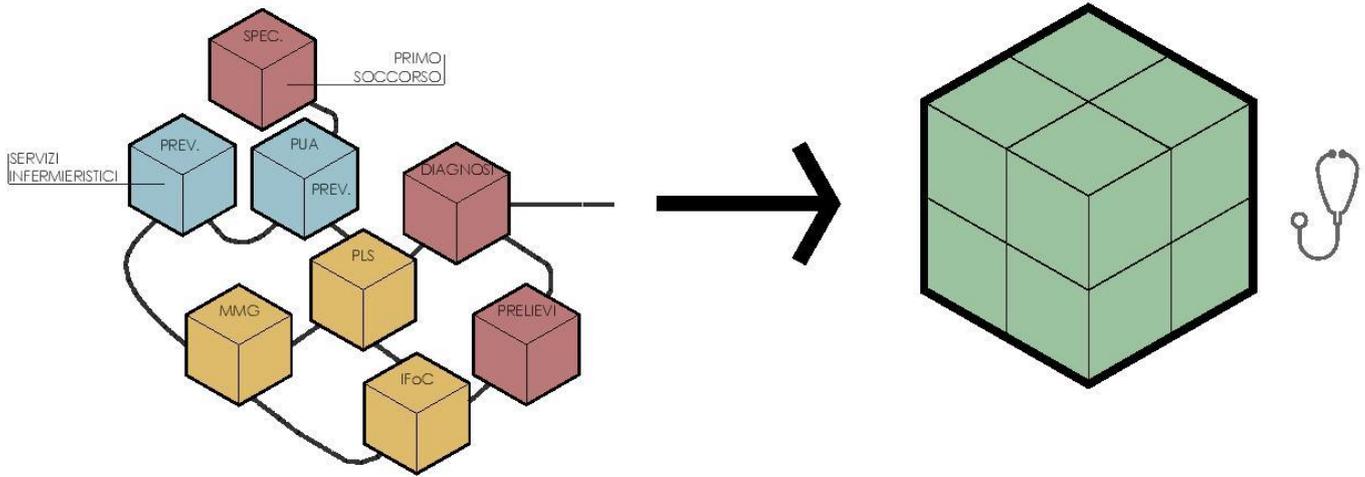
riflessi anche di natura progettuale: per consentire il conseguimento delle indicate sinergie le Case e gli Ospedali di Comunità dovranno essere disegnati come corpi vicini, se non addirittura adiacenti, e disporre di valide connessioni che garantiscano agevoli comunicazioni salvaguardando al contempo l'autonomia fisica e funzionale delle strutture.

L'obiettivo è facilmente perseguibile negli interventi di nuova edificazione, nei quali può essere spunto per l'elaborazione di originali soluzioni compositive, che i concorrenti sapranno ideare secondo le loro specifiche abilità.

10. Iconografia del "cubo"



1.1. Schemi funzionali delle Case e degli Ospedali di Comunità



12. Legenda delle funzioni

Funzioni Casa di Comunità Hub

Servizi Obbligatori:

- 
 RGB 0,127,0
trasparenza 70%
SERVIZI DI CURE PRIMARIE EROGATI ATTRAVERSO EQUIPE MULTIDISCIPLINARI (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc)
- 
 RGB 237,31,36
trasparenza 50%
PUNTO UNICO DI ACCESSO
- 
 RGB 63,63,127
trasparenza 70%
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DI LIVELLO BASE
- 
 RGB 82,165,165
trasparenza 70%
SERVIZIO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER LE PATOLOGIE AD ELEVATA PREVALENZA
- 
 RGB 255,223,127
trasparenza 50%
SERVIZI INFERMIERISTICI
- 
 RGB 109,169,217
trasparenza 40%
SISTEMA INTEGRATO DI PRENOTAZIONE COLLEGATO AL CUP AZIENDALE
- 
 RGB 126,74,38
trasparenza 70%
INTEGRAZIONE CON I SERVIZI SOCIALI PER LA CRONICITA'
- 
 RGB 0,63,255
trasparenza 70%
PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITA' E VALORIZZAZIONE CO-PRODUZIONE
- 
 RGB 2136,58,87
trasparenza 30%
SERVIZI DIAGNOSTICI (FINALIZZATI AL MONITORAGGIO DELLA CRONICITA')
- 
 RGB 127,0,255
trasparenza 70%
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- 
 RGB 79,127,63
trasparenza 70%
PUNTO PRELIEVI
- 
 RGB 153,153,153
trasparenza 70%
SERVIZI (DEP.PULITO, DEP. SPORCO, ARCHIVI, SERV.IGIENICI, SPOGLIATOI)

Servizi raccomandati:

- 
 RGB 255,127,0
trasparenza 70%
SERVIZI SOCIALI ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA
- 
 RGB 255,223,127
trasparenza 70%
SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE, LE DIPENDENZE PAT. E LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELLA ADOLESCENZA
- 
 RGB 186,211,95
trasparenza 40%
MEDICINA DELLO SPORT
- 
 RGB 255,163,186
trasparenza 70%
ATTIVITA' CONSULTORIALI

Servizi facoltativi:

- 
 RGB 127,95,0
trasparenza 70%
PROGRAMMI DI SCREENING
- 
 RGB 165,0,0
refino anni 31
VACCINAZIONI

Considerazioni:

- 
 RGB 79,127,63
trasparenza 70%
VACCINAZIONI/PRELIEVI
(è possibile collocare le due funzioni nella stessa sala)
- 
 RGB 127,0,255
trasparenza 70%
CONTINUITA' ASSISTENZIALE/AMB. VACCINI
(la cont. assistenziale è consigliata porla al Piano Terra con accesso separato e alternata con un'altra funzione)

Funzioni Ospedale di Comunità

Servizi Obbligatori:

- 
 RGB 43,104,218
trasparenza 60%
DEGENZA
- 
 RGB 64,191,164
trasparenza 50%
LOCALI AD USO AMMINISTRATIVO
- 
 RGB 204,64,51
trasparenza 50%
CUCINA, TISANERIA E LOCALI ACCESSORI
- 
 RGB 196,59,125
trasparenza 60%
SPAZI AGGREGATIVI (SOGGIORNO, PRANZO)
- 
 RGB 153,153,153
trasparenza 70%
SERVIZI (DEP.PULITO, DEP. SPORCO, SERV.IGIENICI, BAGNO ASSISTITO, LAVANDERIA, STIRERIA)

Servizi eventuali:

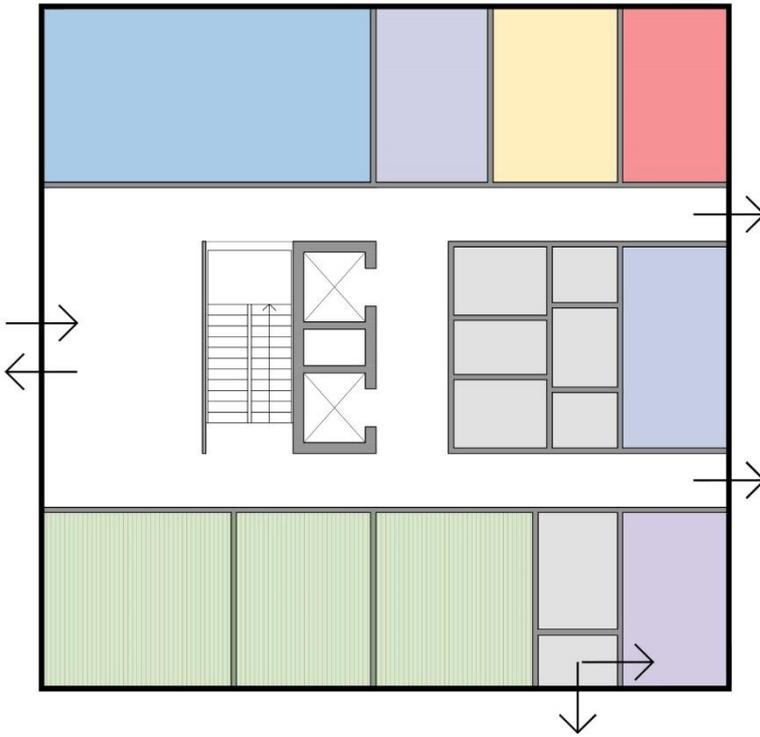
- 
 RGB 127,125,92
trasparenza 60%
SERVIZIO MORTUARIO

Centrale Operativa Territoriale

- 
 RGB 107,255,218
trasparenza 40%
UFFICIO PER AMMISSIONE/DISSIONE; SUPP. INFORMATIVO E LOGISTICO AI PROFESSIONISTI (MMG, PLS, MCA, IFeC)

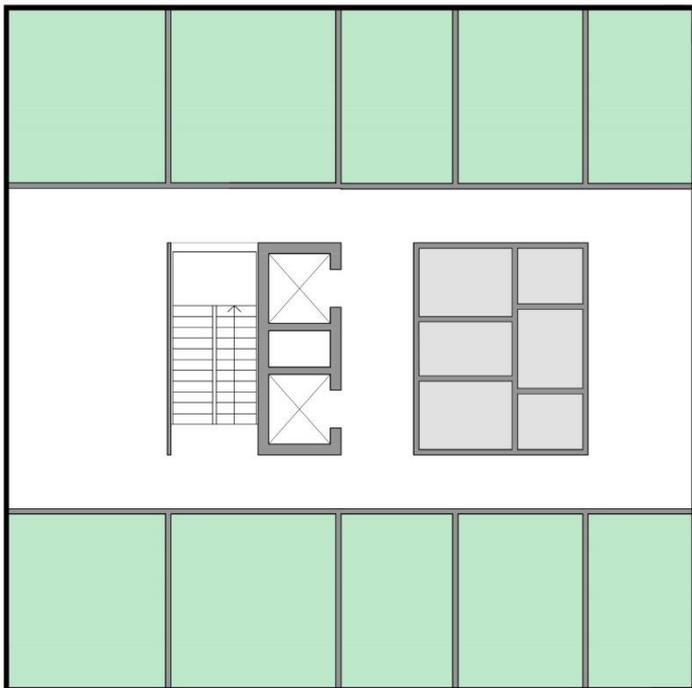
13. Schemi planimetrici

PIANO TERRA



- PUNTO UNICO DI ACCESSO
- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DI LIVELLO BASE
- SERVIZI INFERMIERISTICI
- SISTEMA INTEGRATO DI PRENOTAZIONE COLLEGATO AL CUP AZIENDALE
- PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITA' E VALORIZZAZIONE CO-PRODUZIONE
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- PUNTO PRELIEVI
- ▨ VACCINAZIONI
- SERVIZI (DEP.PULITO, DEP. SPORCO, ARCHIVI, SERV.IGIENICI, SPOGLIATOI)

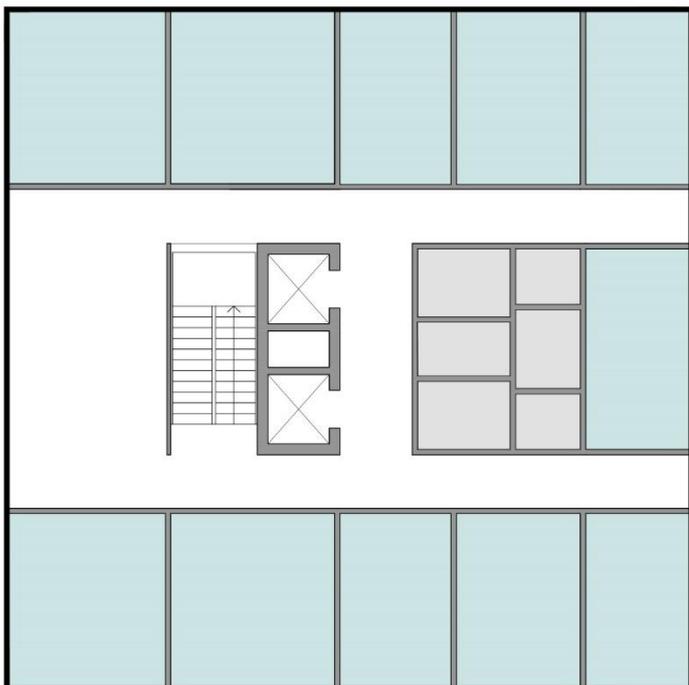
PIANO PRIMO



- SERVIZI DI CURE PRIMARIE EROGATI ATTRAVERSO EQUIPE MULTIDISCIPLINARI (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc)
- SERVIZI (DEP.PULITO, DEP. SPORCO, ARCHIVI, SERV.IGIENICI, SPOGLIATOI)

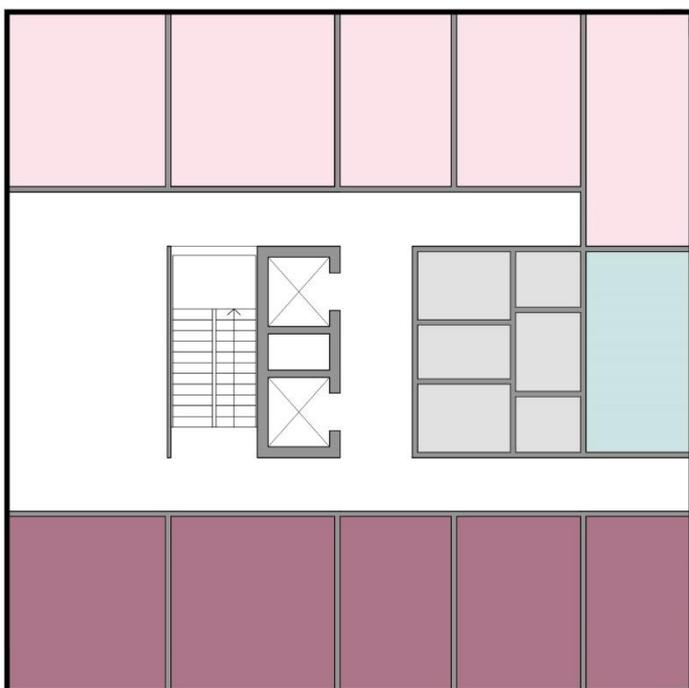
PIANO SECONDO

-  SERVIZIO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER LE PATOLOGIE AD ELEVATA PREVALENZA
-  SERVIZI (DEP.PULITO, DEP. SPORCO, ARCHIVI, SERV.IGIENICI, SPOGLIATOI)



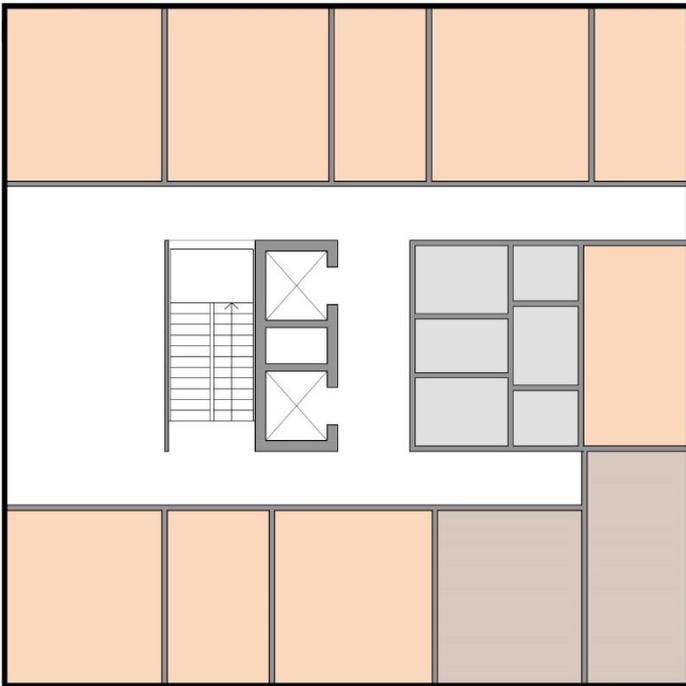
PIANO TERZO

-  SERVIZI DIAGNOSTICI (FINALIZZATI AL MONITORAGGIO DELLA CRONICITA')
-  ATTIVITA' CONSULTORIALI
-  SERVIZIO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER LE PATOLOGIE AD ELEVATA PREVALENZA
-  SERVIZI (DEP.PULITO, DEP. SPORCO, ARCHIVI, SERV.IGIENICI, SPOGLIATOI)



PIANO QUARTO

-  SERVIZI SOCIALI ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA
-  INTEGRAZIONE CON I SERVIZI SOCIALI PER LA CRONICITA'
-  SERVIZI (DEP.PULITO, DEP. SPORCO, ARCHIVI, SERV.IGIENICI, SPOGLIATOI)



PIANTA TIPO OSPEDALE DI COMUNITA'

-  DEGENZA
-  SERVIZI (DEP.PULITO, DEP. SPORCO, ARCHIVI, SERV.IGIENICI, SPOGLIATOI)



INFORMAZIONI ULTERIORI SUI TEMI DEL CONCORSO DI IDEE

Il tema del concorso di idee viene espresso compiutamente nel bando pubblico, in particolare nell'art. 4 di seguito riportato:

“Il concorso di idee è finalizzato allo sviluppo di una proposta ideativa che declini il modello del “cubo”, meglio illustrato nel documento allegato di indirizzo alla progettazione. Ai partecipanti si richiede di proporre, sulla base dell'indicato modello, un'idea (concept) di design esterno e interno della Casa della Comunità e dell'Ospedale di Comunità, che dovrà caratterizzare queste strutture in modo originale e riconoscibile in tutto il territorio di Regione Lombardia. La proposta ideativa si deve riferire solo ed esclusivamente ad interventi di nuova edificazione. Sono esclusi dall'oggetto del concorso gli arredi interni, la segnaletica e il logo.”

Il testo pare esaustivo. Tuttavia, per orientare maggiormente i concorrenti nell'elaborazione delle loro proposte ideative pare utile fornire informazioni relative:

- All'ambito territoriale di riferimento, che coincide con l'intero territorio regionale e quindi contempla non solo l'ambito milanese, per il quale la scrivente ATS ha compiuto le proprie preliminari elaborazioni, ma anche altri contesti localizzativi delle Case e degli Ospedali di Comunità;
- All'oggetto progettuale, che non riguarda tutte le strutture ma solo quelle di nuova realizzazione, per le quali è possibile un lavoro creativo più libero, non certo condizionato dai vincoli estrinseci derivanti dalla natura, dalla consistenza e dalla configurazione tipologica e strutturale dei fabbricati esistenti;
- Al modello tipologico da assumere a base delle proposte ideative, che è quello del “cubo” descritto nel precedente paragrafo;
- Alla natura dell'esercizio progettuale, che consiste fondamentalmente nell'elaborazione di proposte ideative che diano luogo ad una configurazione architettonica del “cubo” adeguata a definire il profilo delle Case e degli Ospedali di Comunità secondo criteri di riconoscibilità, di adeguata rappresentazione del ruolo, di modularità e di flessibilità d'impianto;
- Alla configurazione delle proposte ideative, che non possono costituire meri prodotti di design ma rappresentare il frutto di un vero e proprio esercizio progettuale rivolto non solo alla definizione dell'immagine degli edifici ma a dimostrare la sua corrispondenza con l'organizzazione spaziale interna degli edifici, desumibile dagli schemi planimetrici allegati, opportunamente rivisitati, declinati e specificati dai concorrenti;
- All'adattabilità delle proposte ideative ai diversi contesti localizzativi delle strutture, che deve essere conseguita garantendo la coerenza delle costruzioni con le specificità dei contesti di localizzazione e al contempo l'unitarietà dell'immagine e la riconoscibilità delle strutture;
- Alla scelta delle soluzioni architettoniche e dei materiali, che devono assicurare nel tempo il mantenimento delle costruzioni in buono stato di conservazione, anche a fronte di un ridotto impegno manutentivo.