

POLITECNICO DI MILANO

Polo Regionale di Mantova
Dipartimento ABC



Dottorato di Ricerca in
Progetto e tecnologie per la valorizzazione dei beni culturali
XXV ciclo
Coordinatore: Prof. Elena Mussinelli
Data 18/3/2013

I LUOGHI DELLA SALUTE: UNO STRUMENTO PER LA
VALORIZZAZIONE E LA RAZIONALIZZAZIONE DEL
PATRIMONIO STORICO LOMBARDO

Dottorando: Gaia Tirani
matricola 753444

Tutor: Prof. Stefano Capolongo

Relatore: Arch. Maddalena Buffoli

INDICE

ABSTRACT	5
INTRODUZIONE	
Inquadramento della ricerca	7
Metodologia	10
Risultati attesi	13
1. LA VALORIZZAZIONE DEI LUOGHI DELLA SALUTE	
1.1. L'odierna concezione di bene culturale e il concetto di valorizzazione	15
1.2. Il patrimonio ospedaliero un bene culturale da valorizzare	18
1.3. La salute: bene pubblico per il benessere e lo sviluppo sostenibile della collettività	29
2. STORIA DELL'ARCHITETTURA OSPEDALIERA	
2.1. Dalla medicina greca alla cura assistenziale nel medioevo	33
2.2. L'inizio del processo di secolarizzazione dell'assistenza ospedaliera durante il Rinascimento. Gli ospedali a crociera.	36
2.3. Il Settecento e l'Ottocento: l'ospedale <i>machine à guérir</i> . L'ospedale a padiglioni.	39
2.4. Il processo di revisione dall'ospedale a padiglioni all'ospedale a monoblocco nel XX secolo	43
2.5. L'ospedale fino ai giorni nostri: ospedali a piastra, a torre e a tipologia mista	47
3. IL NUOVO SCENARIO MEDICO-SCIENTIFICO: UNA NUOVA DOMANDA DI SALUTE E CURA	
3.1. Le nuove tecnologie di informazione	49
3.2. La nascita della medicina odierna	51
3.3. I concetti di benessere, comfort e umanizzazione	54
3.4. Il nuovo modello ospedaliero	57

4. CENNI AL PANORAMA SANITARIO ITALIANO	
4.1. Lo scenario nazionale e l'offerta sanitaria	65
4.2. Il patrimonio immobiliare sanitario e le esigenze di riqualificazione	70
4.3. Programmazione nazionale degli interventi per l'adeguamento dell'edilizia ospedaliera pubblica	76
5. IL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO	
5.1. L'offerta sanitaria e il patrimonio ospedaliero del territorio lombardo	81
5.2. Il patrimonio storico degli ospedali lombardi	88
5.3. I programmi di riqualificazione della rete ospedaliera	92
5.4. Lo scenario attuale	95
6. CASI STUDIO	109
7. STRUMENTO DI RAZIONALIZZAZIONE DEL PATRIMONIO OSPEDALIERO STORICO DELLA REGIONE LOMBARDIA	
7.1. Obiettivi	115
7.2. Premesse	115
7.3. Principi seguiti nel modello di organizzazione della rete sanitaria	116
7.4. Lo strumento	117
7.5. Il modello di riorganizzazione	118
7.6. Criteri per la definizione del ruolo della struttura all'interno della rete sanitaria	120
7.7. Criteri di mantenimento di una struttura ospedaliera storica	125
7.8. Sistema di valutazione	131
7.9. Razionalizzazione regionale delle strutture ospedaliere storiche	139
7.10. L'ospedale "Eugenio Morelli" a Sondalo: verifica sull'efficacia dei criteri definiti nello strumento	141
7.10.1 Criteri per la definizione del ruolo della struttura all'interno della rete sanitaria	143
7.10.2 Criteri per la determinazione del mantenimento o della dismissione della struttura	145
7.10.3 Considerazioni conclusive	155
CONCLUSIONI	157
MAPPA BIBLIOGRAFICA	163
ALLEGATI	
A. Schede analitiche dei casi studio	

ABSTRACT

Nell'ambito delle discipline inerenti il settore dei Beni Culturali un posto di rilievo è oggi occupato dalla progettazione e dalla salvaguardia delle strutture ospedaliere. Infatti la trasformazione dell'offerta sanitaria che si sta delineando, con lo scopo di renderla maggiormente conforme alle necessità e al bisogno dei cittadini, comporta necessariamente una razionalizzazione del sistema ospedaliero nazionale. Il patrimonio a nostra disposizione si distingue per la notevole presenza di strutture ospedaliere con carattere di storicità. Strettamente, dunque, correlata con la nuova organizzazione delle strutture sanitarie è la valorizzazione degli ospedali storici.

Diventa così importante, all'interno della riorganizzazione della rete ospedaliera, effettuare scelte di mantenimento o di rifunzionalizzazione delle strutture storiche che tutelino la conservazione e la valorizzazione del bene. Bisogna, infatti, tenere presente come un ospedale storico abbia un valore sociale oltre che artistico e architettonico.

A tale scopo, l'obiettivo del lavoro di tesi è quello di fornire all'amministrazione, agli enti locali, ai progettisti, alle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia, un agile strumento di razionalizzazione del patrimonio ospedaliero storico lombardo, che per mezzo di semplici ma inderogabili criteri permetta, nell'ambito della riorganizzazione delle reti ospedaliere lombarda, di cogliere le possibili criticità nel mantenimento o nella dismissione di una struttura ospedaliera storica, e conseguentemente di attuare la scelta più idonea.

Lo strumento nasce dall'analisi dello scenario normativo nazionale riguardante i beni culturali e il settore sanitario; dallo studio delle caratteristiche del patrimonio ospedaliero nazionale e lombardo; e dalla necessità di considerare un ambito circoscritto ma con caratteristiche tali da permettere di fornire uno strumento che possa essere utilmente adottato in differenti contesti.

Infatti, la scelta di operare sul patrimonio storico ospedaliero lombardo è determinata da più motivazioni. Innanzitutto dal fatto che esso gode delle basilari e irrinunciabili proprietà di campionamento: omogeneità, numerosità degli elementi costitutivi, facile reperibilità delle informazioni più attuali. In particolare dalle informazioni si è potuto fornire in modo puntuale una panoramica sulla consistenza, l'età e lo stato del patrimonio sanitario lombardo, nonché analizzare lo

scenario di cambiamento degli ultimi dieci anni, valutando quali siano le strutture che sono state già dismesse, quali costruite ex-novo e quali rimanenti.

Va anche rilevato che nel contesto del territorio nazionale, la Regione Lombardia presenta un'elevata vivacità nel processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e possiede il patrimonio ospedaliero più vasto, con un'età media e uno stato di conservazione che riflette i dati medi nazionali e un numero di strutture sanitarie con valore storico-artistico tra i più elevati (cfr. Pag.75).

La definizione dello strumento, poi, si è avvalsa dell'analisi di casi studio rappresentanti i progetti di riqualificazione più significativi e più importanti di strutture ospedaliere lombarde, la cui comparazione ha permesso di determinare nello specifico i criteri per la razionalizzazione del patrimonio storico.

Precisamente, lo strumento si attua attraverso la proposizione di un nuovo ed efficiente modello che tiene conto dei principi più attuali di gerarchizzazione dei livelli assistenziali e di riorganizzazione della rete globale su tutto il territorio, i quali sono stati accolti dalla Regione Lombardia. Il modello divide il territorio regionale in Aree Vaste e, per ognuna di queste, definisce le modalità di strutturazione della rete ospedaliera, organizzando le strutture ospedaliere secondo tre livelli gerarchici in relazione alla loro funzione.

All'interno di questo modello, che si pone a guida della nuova organizzazione di tutto il parco ospedaliero lombardo, lo strumento proposto fornisce le modalità per la razionalizzazione del patrimonio storico. Tale razionalizzazione si concretizza attraverso la verifica di quelle strutture che possono ancora sostenere le funzioni sanitarie senza forzature e quelle che devono essere dismesse. Attuando un necessario processo di disinvestimento della rete ospedaliera, viene fornita una valutazione di base per fare in modo che alle dismissioni effettuate si accompagni la ricostruzione *ex novo* solo di quegli ospedali effettivamente necessari, superando la ripetitività delle funzioni presenti sul territorio e mantenendo solo pochi nodi essenziali. In questo modo è possibile razionalizzare il patrimonio storico e al contempo effettuare un'equa e uniforme distribuzione di tutte le strutture sul territorio, in relazione alla loro specifica funzione. Tale processo di razionalizzazione consente di conseguire l'adeguata valorizzazione e salvaguardia del bene storico. Infatti, permette di tutelare il bene storico dal possibile ostinato mantenimento delle funzioni ospedaliere, qualora non siano più consone alla sua "vocazionalità", e in ogni caso di conseguire una migliore fruizione del bene culturale, rispondendo alle esigenze della collettività. Attraverso l'azione di disinvestimento, poi, è possibile recuperare ampia parte del patrimonio ospedaliero storico, attuando su di esso il necessario processo di valorizzazione.

Si è verificata la validità dei criteri proposti nello strumento applicandolo a una struttura storica del patrimonio lombardo. Validazione che ha confermato l'efficacia delle modalità di risposta fornite dallo strumento.

E' comunque da sottolineare che l'effettiva e concreta salvaguardia del bene, specialmente nel caso di un'azione di disinvestimento, deve essere attuata mediante la concertazione con tutti gli attori che fanno parte del processo e sono presenti sul territorio (enti locali, aziende ospedaliere, cittadini).

INTRODUZIONE

Inquadramento della ricerca

La tesi che indaga il valore del patrimonio storico ospedaliero e la necessità della sua valorizzazione, ha l'obiettivo di fornire uno strumento operativo di sussidio per la razionalizzazione e la valorizzazione della rete ospedaliera storica lombarda. Tale strumento è rivolto all'amministrazione, agli enti locali, ai progettisti, alle Aziende Sanitarie, con lo scopo di aiutare nella scelta delle migliori strategie di valorizzazione da operare sulle strutture ospedaliere storiche, permettendo parallelamente di intervenire rapidamente e in modo più efficiente sulla riorganizzazione dell'intero patrimonio.

Il lavoro di ricerca si inserisce all'interno dell'area disciplinare relativa alla valorizzazione dei beni culturali. Più precisamente, l'oggetto di questo studio si indirizza verso i manufatti storici, aventi attuale funzione ospedaliera e di proprietà pubblica. Inoltre per rispondere con maggiore coerenza al contesto dei beni culturali, viene altresì operata una delimitazione storica, che fa riferimento al D. Lgs. n. 42 del 2004 (Codice dei Beni culturali e del Paesaggio) come in seguito modificato dal decreto-legge n. 72 del 2011, per cui vengono indagati gli edifici con età superiore ai settanta anni e pertanto direttamente vincolati.

L'ambito di indagine prende a riferimento l'idea di bene culturale, come definito dal Codice dei beni culturali e del Paesaggio, nella sua più ampia accezione odierna di "testimonianza avente valore di civiltà". Ovvero tutti quei beni che sono testimonianza di un contesto e di un'epoca, ritenuti collettivamente utili e produttori di identità, per cui una collettività riconosce parte della propria esperienza vitale, anche in funzione del loro uso costante. In questo senso le molteplici strutture ospedaliere disseminate sul nostro territorio ma anche oltre i nostri confini, costruite nell'arco dei secoli dalle comunità che si sono succedute, formano un patrimonio di assoluta ricchezza culturale. Come illustrano gli esempi nazionali ed esteri riportati nella ricerca, tale patrimonio, infatti, presente in tutti i paesi, oltre a mostrare la sua notevole valenza architettonica, artistica, storica e scientifica, rappresenta un bene comune identificativo della società e capace di

produrre identità sul territorio. I luoghi della salute hanno nel corso dei secoli conquistato uno spazio importante nella memoria collettiva, ponendosi come punto di riferimento per lo sviluppo strutturale della città e segno simbolico della storia dell'assistenza della società. Non per altro nella storia dell'architettura ospedaliera si condensa la storia della società e le grandi mutazioni subite dall'edificio ospedaliero nel corso dei secoli non sono altro che lo specchio delle mutazioni socio-culturali.

Diversamente da queste considerazioni, troppo spesso ci si trova di fronte a un patrimonio molto vasto e articolato, ma scarsamente conosciuto e male utilizzato. L'insufficiente conoscenza di questi beni e il mancato riconoscimento del loro valore culturale non può che essere deleterio, non permettendone un'adeguata valorizzazione. Infatti l'azione di valorizzazione ha tra le altre cose l'obiettivo di migliorare la percezione pubblica e la conoscenza del bene culturale, per consentire le migliori condizioni di utilizzazione e fruizione. In questo senso la ricerca ha l'obiettivo di portare in primo piano il valore delle strutture ospedaliere storiche e di individuare il loro miglior utilizzo per permetterne un'adeguata fruizione da parte della collettività.

Parallelamente all'ambito dei beni culturali, i settori scientifici inerenti la ricerca sono quelli della progettazione degli edifici ospedalieri e della storia dell'architettura ospedaliera. In particolare lo scenario all'interno del quale il lavoro di ricerca prende le mosse è quello definito dalle molteplici mutazioni di carattere economico, sociale, culturale, medico, che negli ultimi anni caratterizza il settore sanitario. Infatti il progresso scientifico; l'innovazione tecnologica; la sofisticazione degli strumenti di diagnostica; l'invecchiamento costante della popolazione, che richiede un maggior bisogno di cure e di assistenza; l'aumento delle malattie degenerative e croniche; nonché un benessere sempre più diffuso che porta alla richiesta di migliori servizi e prestazioni sempre più elevate; comportano un ripensamento radicale della medicina e delle esigenze di cura e mutano radicalmente la fisionomia dell'ospedale. Si genera un nuovo modello ospedaliero che supera l'idea del luogo adibito all'asilo e all'assistenza per giungere al concetto di struttura ad alto contenuto tecnologico e scientifico (cfr. cap.3). L'ospedale diventa risorsa da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario e deve essere ideato e organizzato ponendo al centro il paziente, con la sua esigenza di cura e i suoi bisogni di assistenza. La nuova tipologia ospedaliera è caratterizzata da una compattazione organizzativa e gestionale, unita, a livello spaziale, alla contrazione degli spazi di degenza, conseguenza della diffusione di pratiche terapeutiche che permettono di ridurre le giornate di ricovero. A sua volta la contrazione dello spazio della degenza porta a una minore necessità di posti letto, in favore di nuovi spazi per le tecnologie e per forme assistenziali alternative che necessitano di un arco limitato di tempo. D'altra parte il parametro di riferimento per garantire l'efficienza di un ospedale non è più unicamente il posto letto ma il numero delle prestazioni erogabili.

Tutte queste trasformazioni hanno una grande incidenza sulla gestione del parco ospedaliero esistente, in quanto richiedono un continuo aggiornamento dei modelli

tipologici e una continua trasformazione delle strutture. Questo va a incrementare la loro obsolescenza, che non è solo fisica bensì funzionale, in quanto indotta dalla trasformazione della domanda e dalle esigenze richieste. Oggi ci poniamo davanti a una costante contrazione del tempo di vita degli ospedali, dagli oltre quattro secoli della Ca' Granda del Filarete ai settanta anni dell'ospedale di Bergamo, che fanno ipotizzare una vita utile delle costruzioni in atto calcolata sui quaranta-cinquanta anni, anche se la letteratura estera la pone nell'ordine dei trenta anni.

Come dimostrano i dati riguardanti l'età e lo stato degli ospedali italiani, il patrimonio a nostra disposizione non aiuta, non riuscendo più a tenere il passo con le trasformazioni in atto e a rispondere alle nuove esigenze. Infatti i dati a nostra disposizione mettono in luce come il patrimonio ospedaliero italiano sia di grande rilevanza da un punto di vista architettonico e monumentale, ma spesso inadeguato per la sua vetustà all'erogazione della moderna assistenza sanitaria.

D'altra parte le trasformazioni in atto portano, in tutti i paesi maggiormente sviluppati, anche a un inevitabile aumento della spesa sanitaria a fronte di una contrazione delle risorse economiche a disposizione, che richiede una profonda ristrutturazione del settore sanitario. La sfida che si presenta vede, da una parte, il contenimento della spesa sanitaria, dall'altra, l'incremento della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni erogate, aumentandone la produttività.

Le forti criticità presenti nel sistema sanitario hanno portato l'Italia ad attuare un lungo processo, che vede le sue origini già negli anni Novanta, atto alla razionalizzazione e al miglioramento dell'intero sistema. Questo si traduce, in ambito strutturale, nella ristrutturazione e valorizzazione del patrimonio immobiliare, attraverso dismissioni, trasformazioni, costruzione di nuove strutture e la riconversione ad altro uso delle strutture che non supportano più le funzioni ospedaliere; in ambito funzionale, nella riorganizzazione dell'intera rete sanitaria, che vede affiancate a poli di eccellenza per acuti strutture intermedie per l'assistenza di base, diversificate in base alla tipologia delle prestazioni territoriali. In tal modo è possibile accrescere la qualità e l'efficacia dei servizi e assicurare una loro più equilibrata fruizione su tutto il territorio, effettuata attraverso la razionalizzazione della distribuzione degli ospedali su di esso.

Questo scenario, unito al provvedimento europeo che prevede che entro il 2050 si debbano ridurre i consumi di energia dell'80% negli edifici pubblici e privati, rendono evidente la necessità di attuare un globale processo di adeguamento e razionalizzazione del patrimonio ospedaliero. All'interno di questo processo risulta fondamentale operare una profonda riflessione sulle strutture storiche, chiedendosi di volta in volta, come il dibattito scientifico ci mostra, quale sia il miglior processo di valorizzazione: quando mantenere le funzioni ospedaliere e quando dismetterle. I vantaggi e gli svantaggi in entrambe le decisioni sono molteplici a secondo del punto di vista dal quale le si guarda e questa ricerca tenta di darne una lettura oggettiva valutando sia quelle che sono le esigenze sanitarie sia quelle della struttura concepita come bene culturale.

Il processo di riqualificazione e valorizzazione delle strutture ospedaliere storiche consente di mantenere il ruolo sociale che esse hanno avuto nel corso del tempo, lasciando intatta nei cittadini la memoria e il ricordo del valore e del prezioso significato che la loro funzione ha rappresentato per lunghi decenni. Ponendo come prioritaria la loro fruizione, la società ha la possibilità di riappropriarsi dell'uso sociale e collettivo delle strutture storiche, da considerare come risorsa da vivere nella contemporaneità, con modalità, funzioni e tempi adeguati all'oggi. Bisogna attuare un progetto di riqualificazione che, indipendentemente dalla scelta della strada da percorrere, consenta di attivare un continuo adeguamento della struttura all'evoluzione dei bisogni della comunità interessata, rispettando le aspettative dei cittadini in modo da trovare un riscontro nell'interesse collettivo e garantire un'effettiva riappropriazione del bene stesso.

Metodologia

Si è rivelato necessario circoscrivere l'ambito della ricerca, operando una delimitazione oltre che temporale anche geografica.

Infatti, dovendo operare in un ambito complesso come quello del patrimonio sanitario italiano, si è rivelato indispensabile delimitare l'ambito di indagine secondo principi di: misurabilità, per poter indagare un campione di dimensioni tali da consentire la raccolta delle informazioni in tempi ragionevoli; omogeneità, per valutare un campione caratterizzato da strutture con caratteristiche simili e collocate in un contesto omogeneo; rappresentatività, per considerare un campione che fosse rappresentativo delle problematiche che attualmente si presentano in un processo di riqualificazione di una struttura ospedaliera. Si è scelto, pertanto, di circoscrivere la ricerca all'edilizia ospedaliera dell'ambito regionale della Lombardia. Infatti, all'interno del contesto precedentemente descritto la Regione Lombardia si pone come una delle Regioni maggiormente virtuose, costituendosi come area di grande vivacità nel dibattito riguardante lo sviluppo e la riorganizzazione del settore ospedaliero. La Lombardia è una tra le regioni che in misura maggiore ha recepito e messo in atto principi e strategie innovative per la riorganizzazione e l'ammodernamento della rete ospedaliera. Per questo motivo è risultato di estremo interesse indagare questo ambito territoriale all'interno del lavoro di ricerca. Inoltre, tale scelta è stata effettuata in ragione del fatto che andando ad analizzare la consistenza del patrimonio per ogni regione italiana, risulta che la Regione Lombardia possiede il patrimonio ospedaliero più vasto (il 13% del patrimonio nazionale contro un dato nazionale medio del 5%), con un'età media e uno stato di conservazione che riflette i dati medi nazionali e un numero di strutture sanitarie con valore storico-artistico tra i più elevati (cfr. pag.75). Inoltre la Regione ha portato avanti un processo di mappatura del patrimonio sanitario che

consente, a fronte della scarsità generale di informazioni, di avere dati quantitativi di riferimento.

Al fine di poter conoscere il patrimonio ospedaliero presente sul territorio, infatti, tra il 1996 e il 2002 la Regione ha avviato il censimento dello stato delle strutture sanitarie di proprietà del servizio sanitario regionale. Avvalendosi di questi dati il lavoro di ricerca fornisce in modo puntuale una panoramica sulla consistenza, l'età e lo stato del patrimonio sanitario lombardo. Conseguentemente partendo dallo scenario del 2002 vengono analizzati quali interventi sono stati attuati negli ultimi dieci anni, indicando al 2012 quali siano le strutture che sono state già dismesse, quali costruite ex-novo e quali rimanenti. Questo permette di conoscere quali immobili siano già stati adibiti ad altra funzione e quali beni, invece, debbano essere ancora rifunzionalizzati e valorizzati.

I dati che ne risultano mettono in luce un patrimonio sostanzialmente vecchio e non localizzato né utilizzato al meglio. Costatando tale vetustà e l'insufficiente stato di conservazione delle strutture, la Lombardia, tra le prime regioni italiane, ha dato il via da qualche anno a una vasta riorganizzazione dell'intera rete sanitaria. I principi presi a riferimento puntano, da una parte, alla razionalizzazione della rete secondo il criterio della graduazione delle cure, ottenuta mediante la differenziazione del ruolo degli ospedali, dall'altra, all'ammodernamento delle strutture esistenti e alla realizzazione di nuovi complessi ospedalieri, in sostituzione di quelli dismessi dove necessario. In questo senso la riorganizzazione della rete ha il principale obiettivo di articolare in modo razionale l'offerta ospedaliera sul territorio, migliorandone la funzionalità e l'efficienza e rendendola maggiormente idonea ai bisogni sanitari dei cittadini.

Inserito in questo processo di riorganizzazione dell'intera rete sanitaria attuata dalla Regione, il consistente patrimonio di strutture storiche non ancora dismesse, che costituisce un'ampia fetta del parco ospedaliero, necessita di una sua adeguata riqualificazione e riorganizzazione. A tal fine lo strumento proposto a conclusione della tesi si pone come sussidio per una concreta e organica gestione di tutte le strutture ospedaliere storiche presenti sul territorio, definendone la migliore e più coerente modalità di valorizzazione.

A livello operativo, per la definizione dello strumento, quale esito finale del lavoro di ricerca, ci si è avvalsi di casi studio di strutture ospedaliere storiche del territorio lombardo, che rappresentano i più significativi interventi di ammodernamento attuati dalla Regione Lombardia. Attraverso il confronto e l'interpretazione dei casi studio, infatti, si è potuto strutturare lo strumento, nel quale, riassumendo le problematiche riscontrate dall'analisi dei casi, si sono concretizzati i criteri e i modelli di razionalizzazione e valorizzazione del patrimonio storico.

Operare l'analisi di singole strutture ospedaliere proprie del territorio lombardo si è rivelata indispensabile, in quanto le scelte di dismissione o mantenimento, interne al processo di razionalizzazione, non possono prescindere dalla valutazione dei singoli casi, in ragione della singolarità delle problematiche e delle condizioni al contorno.

I casi studio selezionati rappresentano complessi ospedalieri vincolati, anche solo parzialmente, o comunque con particolare rilevanza storico-artistica, che, non rispondendo più in modo adeguato alle esigenze sanitarie, hanno subito un processo di adeguamento e ammodernamento o di completa dismissione dalle funzioni ospedaliere.

All'interno della complessità di interventi di riqualificazione o dismissione realizzati in questi ultimi anni dalla Regione Lombardia sui complessi ospedalieri, i criteri che hanno portato alla selezione dei casi studio si sono indirizzati verso:

- il riferimento a ospedali tutt'ora attivi o di recente dismissione;
- il riferimento a strutture di rilevanza storica, vincolate o comunque aventi più di settanta anni;
- il riferimento a complessi ospedalieri sia di capoluoghi di provincia che si costituiscono come Aziende Ospedaliere, sia di città minori che si costituiscono come presidi;
- l'analisi di progetti sia di recupero che di dismissione e nuova costruzione;
- l'analisi di progetti di recupero o dismissione di più recente attuazione, in modo da esaminare le problematiche più attuali a livello regionale;
- l'analisi di progetti di riqualificazione che hanno portato cambiamenti considerevoli sull'assetto del complesso ospedaliero;
- l'analisi di progetti giudicati di maggior interesse, in relazione alla diversità delle motivazioni che hanno indirizzato la scelta di riqualificazione o dismissione, in relazione alla presenza di un reale e approfondito dibattito tra gli organi interessati per giungere a tale scelta e in relazione alla rilevanza che le strutture hanno avuto nel corso della storia;
- il riferimento a progetti realmente eseguiti o in corso di esecuzione, al fine di poter analizzare dati e problematiche di natura reale e non utopistica;
- la possibilità di reperimento del materiale documentale.

In parallelo a questi criteri, sono stati presi in considerazione quei progetti che costituiscono gli interventi di maggiore rilevanza e significatività, attuati dalla Regione Lombardia per l'ammodernamento e la riorganizzazione della rete ospedaliera lombarda.

La trattazione di ogni caso studio è stata divisa in due parti, la prima riguardante lo sviluppo storico che ha avuto l'istituzione ospedaliera, partendo dalla sua fondazione e analizzando l'evoluzione che essa ha avuto nel corso del tempo, attraverso i diversi interventi di ammodernamento e nuova costruzione che hanno caratterizzato la sua architettura; la seconda riguardante l'attuale intervento di riqualificazione o dismissione e conseguente nuova costruzione. Pertanto per ogni caso studio è stato riportato:

- lo scenario storico che ha portato alla fondazione dell'istituzione ospedaliera;
- l'evoluzione storica dell'Ospedale, individuando le diverse sedi che nel corso dei secoli l'hanno ospitato;
- il ruolo storico che ha avuto nel contesto urbano;

- la descrizione del manufatto originario su cui è stato effettuato l'attuale progetto di recupero o la dismissione, la sua collocazione all'interno della città e la presenza di vincoli architettonici o urbanistici;
- il ruolo dell'Ospedale all'interno della rete sanitaria lombarda;
- la descrizione dello scenario e delle problematiche che hanno portato al progetto di recupero o alla dismissione;
- le motivazioni che hanno sotteso la scelta di intervento;
- la descrizione dell'intervento con l'analisi dei caratteri architettonici, morfologici e tecnologici del nuovo manufatto o del manufatto trasformato;
- la descrizione del nuovo ruolo che ha l'ospedale all'interno del contesto urbano;
- le criticità e le positività della scelta di intervento effettuata.

Inoltre per la facile lettura e comparazione di ogni caso studio in ogni scheda è stata riportata una tabella contenente alcune informazioni riassuntive, esse sono:

- data della struttura originaria
- vincoli architettonici o paesaggistici
- committente dell'intervento di riqualificazione o nuova costruzione
- progettista
- tipologia di intervento
- localizzazione
- data di progettazione
- data di fine lavori
- superficie di intervento
- costo dell'intervento

Risultati attesi

Alla luce delle informazioni raccolte nei casi studio, riguardanti le problematiche che hanno condotto ai progetti di riqualificazione o di nuova costruzione, le motivazioni che hanno sotteso la scelta di un tipo di intervento piuttosto che un altro, il ruolo che l'intervento ha avuto all'interno della rete ospedaliera e le criticità o positività delle scelte effettuate, sono scaturiti i criteri di valutazione per la riorganizzazione del patrimonio storico, che consentono di stabilire quando mantenere e quando dismettere una struttura ospedaliera storica. Tali criteri sono la base per la creazione dello strumento di razionalizzazione del patrimonio ospedaliero storico che si pone come esito di questa ricerca.

Lo strumento si divide in più fasi e propone una razionalizzazione del patrimonio storico che si inserisce all'interno della più ampia riorganizzazione della rete lombarda, riprendendone i principi. Conformemente a essi, infatti, nelle prime due fasi viene elaborato un nuovo modello strutturato sulla gerarchizzazione delle strutture ospedaliere e sulla riorganizzazione di queste in una visione globale

di tutto il territorio. Tale modello vede la divisione del territorio lombardo in Aree Vaste e per ogni Area Vasta individua tre livelli gerarchici tra gli ospedali: Ospedali di riferimento regionale, Ospedali di I livello e Ospedali di Base. Di conseguenza lo strumento elenca e descrive i criteri che servono per individuare quale ruolo tra questi tre un ospedale deve assumere all'interno della rete.

La terza fase e la quarta fase contengono l'individuazione e la spiegazione dei criteri che aiutano a determinare, attraverso un sistema di valutazione fornito, quando mantenere e quando dismettere le funzioni ospedaliere.

Infine la quinta fase fornisce un sistema per valutare a fronte delle dismissioni previste quali vuoti di funzioni si siano creati nella rete, e in conseguenza di ciò se e quali nuovi ospedali è necessario costruire.

Attraverso questo processo è possibile effettuare la razionalizzazione del patrimonio ospedaliero storico e garantire un'equa e uniforme distribuzione di tutte le strutture sul territorio in relazione alla loro specifica funzione. Infatti viene effettuata la ricostruzione *ex novo* solo di quegli ospedali effettivamente necessari, superando la ripetitività delle funzioni presenti sul territorio.

La validità dei criteri proposti nello strumento è stata verificata applicandolo a una struttura storica del patrimonio lombardo. Tale validazione ha confermato l'efficacia delle modalità di risposta fornite dallo strumento.

E' comunque da sottolineare che l'effettiva e concreta salvaguardia del bene, specialmente nel caso di un'azione di disinvestimento, deve essere attuata mediante la concertazione con tutti gli attori che fanno parte del processo e sono presenti sul territorio (enti locali, aziende ospedaliere, cittadini).

1 LA VALORIZZAZIONE DEI LUOGHI DELLA SALUTE

1.1 L'odierna concezione di “bene culturale” e il concetto di valorizzazione

Da principio risulta fondamentale fare alcune considerazioni riguardanti la concezione odierna di “beni culturali” e il significato della loro valorizzazione per distinguere con adeguata appropriatezza l'oggetto della mia ricerca e collocarlo all'interno di questa area disciplinare.

Senza volersi addentrare troppo nello specifico, è utile dare una definizione di “cultura” ricorrendo alla prima spiegazione organica offerta dall'antropologo inglese E. B. Taylor nel 1871:¹ “La cultura, o civiltà, intesa nel suo ampio senso etnografico, è quell'insieme complesso che include la conoscenza, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume e qualsiasi altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo come membro di una società”. Tale definizione coniuga bene sia il carattere antropologico del termine cultura, intesa come modi di vivere, valori e credenze, sia il suo carattere umanistico, facendo riferimento, nel suo interno, alle pratiche di rappresentazione di qualsiasi tipo. Appare chiaro dunque come l'idea di cultura associata all'espressione di pratiche artistiche, letterarie, scientifiche, filosofiche abbia un legame indissolubile con la cultura intesa come stile di vita, sistemi di valori e di credenze. Questo concetto risulta molto importante in quanto è ciò che forma l'idea di “bene culturale” come attualmente concepito.²

La Commissione Franceschini, chiamata così dal nome del suo presidente, istituita nel 1964 per indagare sulle condizioni del patrimonio culturale e ambientale italiano, proponeva, in modo assolutamente innovativo, come il “bene culturale” fosse quello che costituisce “testimonianza materiale avente valore di

¹ E. B. Taylor, *Primitive Culture*, London, 1871

² M. Amari, *Progettazione culturale. Metodologia e strumenti di cultural planning*, Franco Angeli, Milano, 2006

civiltà”, andando a sostituire la vecchia dizione “cose artistiche e storiche, oggetti d’arte” che si trovava nelle leggi n. 1089 e n. 1497 del 1939. Questa considerazione dei beni culturali come beni testimonianti una civiltà, ripresa, oggi, dal Codice dei Beni culturali e del Paesaggio entrato in vigore nel 2004, supera quei valori, di stampo illuministico, di bellezza e antichità, per dare una visione del bene culturale che passa attraverso il filtro della memoria, della tradizione e della storia, ampliandone il concetto e “arrivando a comprendere oltre i beni mobili e immobili, anche aspetti della cultura materiale, elementi immateriali dell’identità culturale e delle tradizioni anche molto prossime”.³ Questa estensione del concetto, tra l’altro, era già stata preannunciata dalla legge di riforma del 1998 che ha disposto di modificare significativamente la denominazione da “Ministero dei beni culturali e ambientali” in “Ministero per i beni e le attività culturali”.⁴

“A determinare se un bene appartiene o meno alla classe dei beni culturali è, dunque, il riconoscimento, da parte dello Stato, di uno *status*, di un insieme di caratteristiche che riescono a trasformare l’oggetto da perituro a perenne, consentendogli di diventare testimonianza di un contesto e di un’epoca”.⁵ In questa prospettiva si passa dall’idea del singolo bene all’intero patrimonio culturale, ambientale e paesistico, transcendendo la dimensione locale e territoriale e giungendo a una visione universale per cui le operazioni di conservazione devono necessariamente essere incentrate a un’idea di sviluppo sostenibile per garantire alla generazione presente di soddisfare i propri bisogni, senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i loro.⁶ La nozione di patrimonio, inteso come insieme di beni, viene fatta propria a livello istituzionale dall’art. 9 della Costituzione: “La repubblica promuove lo sviluppo della cultura scientifica e della tecnica. Tutela il paesaggio e il patrimonio storico artistico della Nazione”. Nell’utilizzo del termine patrimonio si riscontra un cambiamento di attitudine da parte del giurista verso una realtà che in precedenza era sempre stata definita con il termine “cose di interesse storico artistico”, privilegiando l’idea di aggregato piuttosto che di insieme. Tale concetto era nato sulle basi di un criterio di selezione di natura estetica e storica dei beni, che si rifaceva a un principio di classificazione e a una visione frammentaria, dove il contesto non veniva incluso nella definizione. Questo concetto era esclusivamente dato da un’esigenza di tutela, connotando i beni attraverso un valore mercantile. Nel mercato dell’arte, infatti, non è predominante l’idea di funzione e di fruizione, bensì solo la capacità della cosa di possedere un valore di scambio.⁷

³ F. Schiaffonati, *Sostenibilità del progetto e valorizzazione*, in A. Oppio, A. Tartaglia (a cura di), *Governo del territorio e strategie di valorizzazione dei beni culturali*, Libreria Clup, Milano 2006, pag. 17

⁴ D.l. 368/98

⁵ M. Amari, *Progettazione culturale. Metodologia e strumenti di cultural planning*, Franco Angeli, Milano, 2006, pag. 42

⁶ E. Mussinelli, *Tecnologie e progetto per i beni culturali*, in A. Oppio, A. Tartaglia (a cura di), *Governo del territorio e strategie di valorizzazione dei beni culturali*, Libreria Clup, Milano 2006

⁷ M. Amari, *Progettazione culturale. Metodologia e strumenti di cultural planning*, Franco Angeli, Milano, 2006

L'espressione "patrimonio culturale" viene dunque utilizzata per indicare quei beni culturali che "la collettività va 'ereditando' nel corso del tempo dalle generazioni precedenti, come fosse una sorta di impronta genetica che i diversi gruppi sociali hanno depositato sul territorio in cui hanno vissuto e operato",⁸ capace di suscitare uno sviluppo sostenibile, esito di un'appropriazione condivisa da parte di comunità locali che puntano alla sua cura. Il "territorio", tra l'altro, è uno dei tre elementi costitutivi, insieme al "popolo" e alla "sovranità", del concetto di Stato. Lo Stato, che ha come primo obiettivo il benessere dei cittadini, deve avere come compito quello di interessarsi a ciò che viene comunemente denominato "bene comune". Deve, dunque, interessarsi alla vita del territorio e anche del patrimonio culturale nazionale che lo caratterizza e che diventa testimone della conoscenza e della memoria dei fatti maggiormente rilevanti.⁹

Per tali motivi l'Unesco ha allargato il concetto di patrimonio culturale nazionale, facendo rientrare in questa accezione non solo i beni culturali materiali ma anche l'insieme di tutti quei beni immateriali che contribuiscono a costituire e a identificare la cultura di una determinata nazione. Essi sono rappresentati dalle diverse espressioni delle manifestazioni culturali immateriali, comuni a una determinata popolazione o a uno specifico territorio, formate dalle tradizioni ed espressioni orali, dagli usi e i costumi, dai saperi filosofici, dalle pratiche legate all'artigianato tradizionale, etc.

Non stupisce, allora, che i beni culturali, che costituiscono un patrimonio collettivo, si facciano normalmente rientrare tra i cosiddetti "beni comuni", ossia quei beni ritenuti collettivamente utili che dovrebbero essere "resi disponibili, tutelati e conservati indipendentemente dalla domanda individuale e dall'appartenenza pubblica o privata".¹⁰ Se i beni comuni sono produttori di identità, per cui una collettività riconosce parte della propria esperienza vitale in tradizioni, oggetti, manufatti architettonici subordinati all'uso costante, si può ben dire che le due caratteristiche fondamentali dei beni culturali sono, da una parte, l'irriproducibilità dei beni che è rappresentata dalla singolarità delle qualità intrinseche, dall'altra, il valore sociale del bene che è legato al valore d'uso in quanto capace di soddisfare i bisogni della collettività in riferimento sia ai valori estetici e sia a quelli storici.¹¹

Da tali considerazioni discende il concetto di valorizzazione che si può considerare come quell'azione che identifica e attua i processi che consentono di analizzare il patrimonio culturale rispetto a un'idea di "valore". In questo senso, l'idea di valore ha una duplice valenza, simbolica ed economica. Simbolica, in quanto riflette l'importanza associata al bene materiale o immateriale in relazione al ruolo culturale che ha svolto nel passato, economica, in relazione al "valore

⁸ Idem, pag. 42

⁹ Idem

¹⁰ Idem, pag. 28

¹¹ S. Minieri, *La valorizzazione dei beni culturali*, in A. Oppio, A. Tartaglia (a cura di), *Governo del territorio e strategie di valorizzazione dei beni culturali*, Libreria Clup, Milano 2006

d'uso" che definisce la capacità del bene di rispondere a un desiderio, nonché ovviamente al "valore di scambio" che consente a quel bene di essere scambiato con altri.¹² In relazione a questi concetti di valore, l'attività di valorizzazione ha gli obiettivi di potenziare il valore simbolico da parte dei fruitori, rendere fruttifero il bene in relazione al suo valore di scambio, rendere un bene rispondente alla dimensione del desiderio o, in altre parole farlo apprezzare, in vista del suo valore d'uso.¹³

L'azione di valorizzazione ha, dunque, una valenza simbolica oltre che economica, in quanto ha l'obiettivo di migliorare la percezione pubblica in relazione alla conoscenza del patrimonio culturale, al fine di assicurare le migliori condizioni di utilizzazione e di fruizione,¹⁴ Risulta importantissimo infatti perseguire un maggiore e migliore accesso alla fruizione del patrimonio culturale, in modo da consentire alla collettività di riflettersi in esso e darsi una migliore percezione di sé. In questa prospettiva l'azione di valorizzazione può diventare componente per la crescita stessa della società, poiché elemento capace di generare immagine civile, educazione, identità collettiva, inclusione sociale, agendo sul patrimonio culturale come oggetto dell'interesse generale e collettivo.

In questa prospettiva, risulta allora più chiaro quanto espresso in precedenza, per cui il patrimonio culturale nella sua totalità, "oggetto dell'azione stessa di valorizzazione, possa e debba essere considerato 'bene comune' appartenente all'intera collettività, e, di conseguenza, 'bene pubblico', oggetto di politiche e dunque di progetti che non possono prescindere dall'utilità e dal benessere sociale".¹⁵

1.2 Il patrimonio ospedaliero un bene culturale da valorizzare

Fatte tali considerazioni, si può capire con maggior chiarezza come le molteplici strutture ospedaliere disseminate sul nostro territorio ma anche oltre i nostri confini, costruite nell'arco dei secoli dalle comunità che si sono succedute, formino un patrimonio di assoluta ricchezza culturale. Lo scenario insediativo della città moderna è costituito da una pluralità di categorie che si presentano, nella loro maggior parte, quali oggetti di applicabilità delle differenti forme del recupero e della valorizzazione. Prima fra tutte la categoria di interesse di questo studio, rappresentata dall'insieme dei manufatti storici, e pertanto, secondo il D. Lgs. n. 42 del 2004 (Codice dei Beni culturali e del Paesaggio) come in seguito modificato dal decreto-legge n. 72 del 2011, gli edifici con età superiore ai settanta anni, e

¹² Idem

¹³ Idem

¹⁴ Idem

¹⁵ Idem, pag. 108

nello specifico dai manufatti aventi originaria funzione sanitaria, che si presentano quali componenti fondamentali nella riqualificazione urbana.

In tutti i paesi l'insieme degli enti ospedalieri pubblici ha in proprietà un patrimonio architettonico, artistico, storico e scientifico, che testimonia concretamente il permanere nei secoli dei valori di solidarietà, impegno e generosità della società nel perseguire scopi assistenziali e di cura di interesse generale. Tale patrimonio, dunque, acquisito nei secoli, costituisce anche testimonianza preziosa di un valore assai attuale: l'esigenza che la cura non sia destinata soltanto al corpo degli ammalati, ma alle persone sofferenti come tali, con il loro inesaurito desiderio di bene e di bello, al cui soddisfacimento, sia pure parziale, l'arte non può restare estranea, come non lo fu nel passato. Non a caso da molti secoli costruire le sedi, più o meno complesse, dei luoghi di cura è stata una sfida di innovazione e ricerca di una bellezza capace di accogliere, non separata certo da un concetto di funzionalità adeguato ai tempi, e questo è un impegno che le più raffinate esigenze tecnologiche e scientifiche di oggi non possono farci trascurare.¹⁶

Non si può prescindere, poi, dal considerare che tale patrimonio, oltre alla sua notevole valenza storico-artistica, rappresenti un bene comune identificativo della società e capace di produrre identità sul territorio. Infatti i luoghi legati alla malattia e alla salute hanno conquistato uno spazio importante nella memoria collettiva, in quanto sembrano racchiudere e gelosamente custodire interi secoli di sofferenza ma anche di speranza umana. I due fattori principali che hanno dato luogo nel corso dei secoli alla costruzione degli ospedali sono stati la necessità di isolare le persone affette da malattie contagiose e la volontà di assistere caritatevolmente quelle ridotte, da povertà e malattia, in condizioni di non autonomia. L'identità acquisita nel tempo e nel contesto urbano e sociale, ha fatto in modo che, in molti casi, questi edifici divenissero non solo punto di riferimento per lo sviluppo strutturale della città, ma anche che conservassero un riconoscibile ruolo catalizzatore, un significativo segno simbolico tuttora facilmente identificabile.

Queste strutture hanno da sempre avuto la necessità di confrontarsi con il vissuto dei singoli e della collettività e di rispondere credibilmente a un insieme di aspettative e di bisogni, sia di tipo materiale che di tipo psicologico, assai complesso. In essi il progetto di architettura si è dovuto realizzare nel suo più autentico significato di proiezione e quindi di capacità di previsione, di interprete del senso di trasformazione. Nella dialettica che intercorre tra spazio e società, in forza della quale una nuova organizzazione spaziale è al tempo stesso conseguenza e stimolo di nuovi comportamenti sociali, il progetto legato agli spazi della salute ha da sempre svolto un ruolo del tutto particolare, e non è azzardato affermare che nella storia del progetto assistenziale e sanitario si condensa la storia

¹⁶ P. Petrarola, *Arte e storia nei luoghi della cura: un patrimonio da valorizzare*, in *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009

dell'architettura sociale, cioè del modo in cui diverse società hanno voluto e saputo esprimere con il linguaggio dell'architettura i caratteri del proprio "ordine sociale".

Non per altro, le grandi mutazioni subite dall'edificio ospedaliero nel corso dei secoli sono senz'altro dovute ad aspetti medici, scientifici e tecnologici, ma, in misura forse maggiore, sono state indotte da atteggiamenti socio-culturali che hanno coinvolto direttamente il complesso panorama del rapporto uomo, ambiente e malattia. La ricostruzione del concetto di salute e di malattia e di come si è cercato di rispondere nei secoli alle necessità imposte dalla continua volontà di ricerca del Bene e di sconfitta del Male potrebbe in realtà coincidere con l'intera storia dell'umanità.

Una prima considerazione che rende di grande valore lo studio delle strutture ospedaliere è riscontrare, affrontando questo segmento della realtà patrimoniale, il problema della conoscenza, in quanto esso è solo parzialmente oggetto di specifico studio e di interesse. Ci si trova, infatti, di fronte a un patrimonio molto vasto e articolato, per la maggior parte male utilizzato, che manca totalmente di una sua catalogazione che ne consenta l'opportuna valorizzazione. Infatti, l'assenza, l'inadeguatezza e l'inesattezza della documentazione tecnica sui manufatti, che rappresentano spesso uno dei nodi problematici ricorrenti e onerosi a monte di qualsiasi operazione di valorizzazione, e recupero più in generale, impongono qui di segnalare la rilevanza delle problematiche relative all'apprendimento e alla documentazione delle caratteristiche degli immobili (ubicazione nel contesto urbano circostante; bacini di utenza; caratteri spaziali e tipologici; stato d'uso; consistenza dimensionale; condizioni ambientali interne ed esterne; stato di conservazione), nonché al monitoraggio continuo dello stato d'uso e di conservazione del patrimonio architettonico.

In particolare, per quanto riguarda il nostro paese, gli stessi enti pubblici non dispongono sempre di una catalogazione scientifica di tale patrimonio. Le rilevazioni periodicamente compiute a tale fine dalle strutture gestionali competenti ai diversi livelli, costituiscono spesso uno strumento inadeguato, in quanto tali censimenti appaiono troppo spesso scarsamente finalizzati rispetto all'uso che dovrà essere effettivamente fatto dei dati raccolti. Sicché sembrerebbe quasi impossibile attivare quelle forme di sinergia e di qualificazione dei processi gestionali e anzitutto di salvaguardia che, pure, sono non soltanto opportuni, ma anzi obbligatori, nei confronti del patrimonio culturale, tenendo ben presente quanti danni possano derivare, non solo dalla mancata riqualificazione e valorizzazione ma, di più, dal mancato riconoscimento dei beni culturali stessi nel loro effettivo valore. Appare dunque importante sottolineare come sia di estrema importanza avviare un processo partecipato di riconoscimento e valorizzazione del patrimonio artistico ospedaliero. Se la costruzione della base di dati necessarie per la realizzazione di un sistema informativo di questo tipo rappresenta ancora nel nostro paese più una necessità e un desiderio che non una realtà operativamente praticabile in tempi rapidi, si tratta di lanciare e sostenere nel tempo un programma di inventariazione, catalogazione e definizione di più appropriate modalità di conservazione e fruizione pubblica del patrimonio artistico e storico di tutti gli enti

regionali, a partire da quelli sanitari pubblici, attraverso la gestione di processi progressivi di interazione e di crescita in ciascun ente della consapevolezza e della motivazione nel lavoro di riconoscimento e di gestione virtuosa dei beni culturali sanitari.

Si tratta di un percorso non facile, che richiede la presa di coscienza del fatto che la salvaguardia della memoria sociale e culturale del territorio, testimoniata da innumerevoli beni culturali appartenenti agli enti sanitari, costituisce un servizio primario per il benessere, nel senso letterale ma anche comune, di tutti i cittadini, fruitori o meno di servizi sanitari.¹⁷

Tale conoscenza ad ampio raggio del patrimonio ospedaliero a nostra disposizione sarebbe ora più utile che mai in considerazione al nuovo scenario medico-scientifico degli ultimi decenni che ha trasformato il modello di ospedale incrementando l'obsolescenza funzionale delle strutture ospedaliere che comunemente utilizziamo. Va preso atto della presenza di una trasformazione rapida e irreversibile destinata a destrutturare l'immagine del più tradizionale degli spazi per la salute: l'ospedale; e appare più che mai evidente l'inadeguatezza degli edifici ospedalieri storici così come ci sono stati tramandati dal passato, constatando che la loro non è solo un'obsolescenza fisica bensì un'obsolescenza indotta dalla trasformazione della domanda e dei requisiti esigenti. Per i manufatti storici che hanno posseduto una funzione originaria di tipo sanitario, come, anche se in misura meno preponderante per tutti i manufatti storici in generale, accade spesso che l'obsolescenza strutturale derivi principalmente dall'obsolescenza funzionale e cioè dal lento deperire della funzione in esso contenuta. Questo comporta molteplici problematiche: le condizioni igieniche innanzitutto, la mancanza di spazi, lo stato precario degli edifici anche a livello strutturale, l'immagine stessa obsoleta e l'accessibilità in rapporto alla congestione dei centri cittadini. Infatti le strutture ospedaliere che oggi utilizziamo seppur costruite nei tempi passati in zone periferiche, con l'urbanizzazione massiva sono state inglobate al centro della città.

In maniera positiva o negativa, l'ospedale è sempre stato, nel corso dei secoli, una forte presenza, o assenza, nel contesto urbano e sociale e la sua localizzazione è stata determinata da fattori che abbracciano il più ampio quadro dell'organizzazione e dell'ordine delle società. Se risulta evidente questo stretto rapporto tra l'ospedale e la città, quando il primo è una struttura funzionante e funzionale nei confronti della seconda e intimamente legato allo sviluppo della società, ci si chiede, per mantenere questo stretto legame con il contesto e la comunità, quale sia il miglior progetto di valorizzazione: se attraverso il mantenimento delle funzioni o attraverso la dismissione della struttura dalle sue funzioni ospedaliere; in modo da consentirne le migliori condizioni di utilizzazione e fruizione, fine ultimo, come precedentemente visto, dell'azione di valorizzazione stessa.

¹⁷ Idem

Infatti, se per secoli un grande edificio pubblico ha mantenuto un ruolo importantissimo per la vita della città e ha rappresentato un elemento saliente all'interno del paesaggio urbano, difficilmente la sua immagine e la sua imponente presenza potranno essere offuscate. La città è sempre stata strutturata in maniera tale che nessuna attività, nessuna serie di importanti funzioni urbane siano mai state affidate al caso; come altri servizi pubblici della città, l'ospedale ha contribuito con il tempo a caratterizzare lo spazio circostante e a imprimere un'immagine tipica e particolare dell'insieme urbano in cui è inserito, tale da determinare la permanenza del carattere collettivo e sociale. Anche se non ci si vuole permettere di voler includere l'ospedale nell'insieme di quelle attrezzature che hanno sempre avuto una grande forza di definizione della centralità urbana, monumenti urbani da sempre riconosciuti (la cattedrale, il municipio, il luogo del mercato), non si può non sottolineare quanto esso sia stato comunque un forte indicatore di centralità almeno a livello di agglomerato, di quartiere: la sua influenza particolarmente significativa lo ha reso una componente intrinseca della città.

Non di rado il vecchio edificio ospedaliero, per la massa della sua struttura e per l'influenza a livello fondiario, ha rappresentato lo stabilimento pubblico più voluminoso del quartiere all'interno del quale è inserito, se non addirittura a livello dell'intero agglomerato urbano. E' ormai difficile dissociare dalla centralità urbana alcune grandi funzioni istituzionali storiche, come il municipio, il tribunale, il teatro, e l'ospedale ne rientra a pieno titolo e nel caso dovesse perdere la sua funzione originaria, non dovrebbe per questo motivo perdere il suo ruolo sociale; anzi dovrebbe rimanere intatta nei cittadini la memoria e il ricordo del valore e del prezioso significato che la sua funzione ha rappresentato per lunghi decenni. Per questo motivo attraverso un adeguato processo di riqualificazione e valorizzazione delle strutture ospedaliere storiche, in ogni caso compatibile rispetto ai caratteri del passato, la società di oggi avrebbe la possibilità di riappropriarsi dell'uso sociale e collettivo di questo particolare spazio urbano e di conquistare una dimensione di vita consapevole della storia passata.

A riguardo degli ospedali storici, si pone dunque l'interrogativo su quale debba essere il loro destino; in taluni casi, infatti, si è stabilito di organizzare il trasferimento delle attività ospedaliere in luoghi più adatti e consoni alle nuove esigenze; in altri casi, si è seguita una strada completamente diversa, decidendo di ammodernare e di adattare gli antichi edifici alle nuove esigenze. Le motivazioni che hanno spinto verso una direzione o verso un'altra sono di diversa natura e vanno valutate caso per caso, ma senza perdere di vista la duplicità della problematica che deve prendere in considerazione sia il particolare valore architettonico, artistico e storico proprio delle strutture nosocomiali del nostro passato, sia il profondo e intrinseco rapporto tra queste strutture e il contesto urbano e sociale in cui sono inserite. I vantaggi e gli svantaggi, in entrambe le decisioni, sono molteplici a secondo del punto di vista dal quale le si guarda e questa ricerca tenta di darne una lettura valutando sia quelle che sono le esigenze sanitarie sia quelle della struttura concepita come bene culturale.

Importanti fattori, quali il nesso dell'ospedale con la città; il rapporto di continuità tra architetture preesistenti, spesso di grande qualità o artistiche, e nuovi complessi ospedalieri; l'attenzione alla persona, riferimento centrale del sistema ospedaliero a ogni scala; la valutazione dei modi di gestione delle risorse finanziarie a disposizione pubbliche o private; gli orientamenti politici e amministrativi, rientrano nella gestione del progetto futuro del patrimonio edilizio ospedaliero esistente, come risorsa storico-culturale che, o necessita di una rifunzionalizzazione per la sua opportuna valorizzazione, o invece deve essere "capace di trattenere dal ricorrere alla 'scorciatoia' [non opportunamente valutata] della edificazione ex-novo".¹⁸

La valorizzazione delle strutture ospedaliere nel loro valore di beni culturali, che incarnano la molteplicità di principi storico-sociali descritti finora, non può fermarsi a recuperarne l'aspetto materico-estetico, non deve essere semplicemente un intervento attuato per rendere eterno un edificio e mantenerne così testimonianza e memoria storica, ma occorre considerare la loro fruizione e il loro uso, in modo tale da considerarli come risorsa da vivere nella contemporaneità, con modalità, funzioni e tempi adeguati all'oggi. Bisogna dunque attuare un progetto di riqualificazione che, indipendentemente dalla scelta della strada da percorrere, consenta di attivare un continuo adeguamento della struttura all'evoluzione dei bisogni della comunità interessata, rispettando le aspettative dei cittadini in modo da trovare un riscontro nell'interesse collettivo e garantire un'effettiva riappropriazione del bene stesso. Tutto il territorio antropizzato e i sistemi insediativi, infatti, sono soggetti a manipolazioni permanenti e la variazione delle esigenze può portare alla modifica o meno dei valori d'uso e dell'identità dell'esistente, ma questi devono essere sempre coerenti con quelle che sono le esigenze della società contemporanea, senza correre il rischio di comprometterle per una strenua ed eccessiva difesa dell'esistente.

Significativi, in considerazione delle riflessioni fatte fin'ora, sono alcuni esempi di ospedali, nazionali ed esteri, che ben rappresentano il legame storico che hanno istituito con la città e con la comunità in cui sono inseriti, divenendo punti di riferimento nella tradizione sanitaria urbana. Spesso tali ospedali sono stati utilizzati dalle loro comunità per generazioni e ritenuti di tale valore da aver contribuito alla loro sopravvivenza mantenendo spesso le loro funzioni sanitarie. Ospedali come il St Thomas' Hospital e il St Bartholomew's Hospital, ancora in funzione, o il St George's Hospital e il Westminster Hospital, rifunzionalizzati, a Londra, sono esempi di strutture per le quali sono stati attivati importanti processi di valorizzazione.

Il St Bartholomew's Hospital è stato progettato dall'architetto James Gibb tra il 1730 e il 1769 con la disposizione di quattro corpi di fabbrica che rispecchiano l'architettura londinese dell'epoca a formare un quadrilatero. Il St Thomas'

¹⁸ M. A. Crippa, *L'Ospedale tra passato e futuro: mutamenti morfologici, rapporto con il territorio, centralità della persona*, in *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009, pag.10



Il St Thomas' Hospital nel IX secolo.

(Fonte: *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Firenze, 2009)



Gli interni del St Thomas' Hospital oggi dopo gli interventi di ammodernamento.

(Fonte: www.wtpartnership.com)

Hospital, collocato sulla riva sud del Tamigi, è stato costruito tra il 1865 e il 1871 e i suoi reparti sono tutt'ora in funzione da quando è stato aperto alla fine dell'Ottocento. Questi ospedali sono stati nel tempo riqualificati e ammodernati diventando emblemi della risposta ai moderni principi di costruzione delle strutture sanitarie contemporanee. Come alcuni studi mettono in mostra¹⁹, il motivo per cui queste strutture rivestono ancora la loro funzione originaria è dovuto da molteplici motivi come il fatto che la loro posizione all'interno della città di Londra risulta vitale per i cittadini; inoltre la comunità che ha vissuto la malattia per generazioni all'interno di questi ospedali confidano in essi e li sentono come parte integrante del loro vissuto esperienziale e del *network* di istituzioni locali che rappresentano la tradizione di un'area urbana. La localizzazione genera tradizione ed entrambe sono rinforzate dall'immagine esterna. Più a lungo un edificio viene conservato, maggiore sarà il suo riconoscimento come elemento vitale dell'ambiente umano. Gli edifici pubblici rendono visibile il servizio che la comunità richiede: le scuole e le università per l'educazione, i teatri, le gallerie d'arte e i cinema per lo svago, gli ospedali per la cura. In relazione alla loro età, alle relazioni che instaurano con gli altri edifici pubblici, queste strutture sanitarie diventano dei *landmark* valorizzati dalla loro comunità, ammirati dai visitatori e studiati dai ricercatori. Gli esempi citati del St Thomas' Hospital e il St Bartholomew's Hospital dimostrano come la qualità storico-artistica della loro architettura progettata nel Settecento e nell'Ottocento è universalmente riconosciuta ed essi sono protetti come beni di interesse culturale dallo Stato inglese.²⁰

Sicuramente la possibilità di mantenimento delle funzioni ospedaliere nelle strutture descritte è dipesa dalla capacità di tali strutture di fornire margini e soluzioni di ammodernamento. Qualora questo non sia possibile, l'adeguata valorizzazione di queste strutture impone una loro rifunzionalizzazione. Il St George's Hospital, vicino a Hyde Park, costruito nel 1827, è stato dismesso negli anni Ottanta e in seguito ampiamente alterato e rinnovato per farne un hotel di lusso, ma conservando la sua immagine di emblema dello stile neoclassico a Londra. Allo stesso modo, il Westminster Hospital, costruito nel 1939, ha rappresentato per lungo tempo un esempio delle più innovative soluzioni progettuali all'interno di un'architettura ospedaliera. In seguito alla riorganizzazione della rete sanitaria inglese le funzioni ospedaliere sono state spostate e il valore artistico dell'edificio è stato tutelato attraverso la sua completa riqualificazione e trasformazione in edificio residenziale.

Un altro esempio estremamente significativo di istituzione ospedaliera che ancor'oggi permane dopo secoli di attività è l'ospedale universitario Charité Mitte di Berlino. L'ospedale della Charité è stato istituito nel 1710 dal re Federico I di Prussia in seguito a un'epidemia di peste. Scongiurata l'epidemia, l'edificio fu

¹⁹ Cfr. Scher P., *Lessons in Humanising Future Health Care Architecture*, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze, 2009

²⁰ Idem

utilizzato nei diciassette anni seguenti come ospizio per anziani indigenti, mendicanti e casa per la maternità per donne non sposate.

Fu nel 1727 che il re Federico Guglielmo I decretò che il lazzeretto sarebbe diventato un ospedale militare, nonché un centro di formazione per i futuri medici militari, prendendo il nome di Royal Charité Hospital e cominciando a diventare una struttura di notevole importanza in campo medico con quattrocento posti letto in seguito a interventi di ampliamento. Da quel momento in poi, l'ospedale della Charité racchiudeva in sé tre funzioni: un ospizio per i poveri (fino al 1798), un ospedale statale, e una struttura di insegnamento per formare i futuri medici militari per l'esercito prussiano in costante crescita. Così presto cominciarono a mancare gli spazi adeguati per le attività e fu abbattuto per la prima volta tra il 1785 e il 1797.

Se mantenne la sua importanza come centro di formazione clinica per i medici militari fino dal 1727 al 1945, per quanto riguarda la formazione accademica dei medici civili si dovette aspettare la fondazione dell'Università di Berlino nell'anno 1810. Cliniche mediche e chirurgiche furono istituite presso l'università, inizialmente sparsi in appartamenti privati fino al 1818, quando iniziò la costruzione di un grande centro medico universitario, il Ziegelstrasse, nelle immediate vicinanze della Charité.

Solo nel 1927 tutte le cliniche universitarie del Ziegelstrasse furono trasferite alla Charité quando l'ospedale divenne un centro medico universitario. Formalmente, tuttavia, la Charité e l'ospedale universitario rimasero istituzioni separate fino al 1951, quando durante il regime della DDR furono finalmente unite per formare la Facoltà di Medicina (Charité) di Humboldt University.

Per quanto riguarda la struttura architettonica, alla fine dell'Ottocento il complesso ospedaliero fu demolito per una seconda volta e tra il 1896 e il 1917 fu realizzata una nuova costruzione in mattoni rossi. Il progetto non ebbe molta fortuna e la sua immagine subì notevoli danneggiamenti e distruzioni durante la seconda guerra mondiale: il 90% dell'edificio fu distrutto o danneggiato. La sua ricostruzione dopo il 1945 sotto il regime della DDR e i successivi ampliamenti, inclusa una nuova clinica oncologica (1959), una clinica dermatologica (1960) e un monoblocco per le degenze (1982), documentavano l'intenzione del governo di mantenere l'ospedale della Charité quale fiore all'occhiello della sanità tedesca, fino a raggiungere una capienza di duemila posti letto.

Nel 1997 la Charité è stata fusa con l'Ospedale Rudolf Virchow a cui poi è stato aggiunto nel 2003 il Benjamin Franklin Hospital della Libera Università di Berlino. Questo ha segnato l'inizio della Charité - Universitätsmedizin Berlin, l'ospedale universitario più grande d'Europa.

Dopo la riunificazione della Germania venne dato l'avvio a un progetto di riqualificazione completato nel 2005. La lunga storia dell'ospedale della Charité dimostra come tale istituzione abbia rivestito per secoli un ruolo di assoluta preminenza nella storia della sanità tedesca e all'interno del patrimonio ospedaliero storico, dimostrando la capacità di trasformare le sue strutture al modificare delle esigenze richieste. Nel 2010 l'ospedale della Charité ha celebrato il suo 300° anniversario, l'importanza che viene conferita alla sua storia è testimoniata nei



Vista del complesso della Charité.
(Fonte: Bleker J., Hess V., Die Charité, Akademie Verlag GmbH, 2010)

documenti raccolti e conservati all'interno del Museo della Medicina di Berlino che ha sede proprio negli spazi del complesso ospedaliero. L'ospedale è soggetto a regolari interventi di ammodernamento, con il programma Charité 2010 i centoventotto istituti sono stati divisi in diciassette gruppi ed è stato avviato il programma Masterplan 2015 che prevede sostanziali cambiamenti e il riordinamento funzionale e costruttivo della struttura, mettendo anche in luce l'importantissima opera di previsione degli interventi futuri nella gestione contemporanea delle strutture ospedaliere al fine di mantenerle costantemente adeguate all'uso della comunità.

Di grande importanza per il rapporto che nel corso del tempo ha istituito con il contesto urbano è l'Hospital General del Mar di Barcellona. L'ospedale del Mare di Barcellona nacque nel 1888 come Lazzaretto e successivamente fu ampliato e trasformato nel 1929-30 in ospedale specialistico per malattie infettive per rispondere alle necessità sorte in quell'epoca. Tale intervento comportò la realizzazione di diversi nuovi edifici orientati verso il mare, secondo la tradizionale tipologia a padiglioni, estremamente diffusa in molte città europee del tempo. Nel 1979, poi, la struttura venne nuovamente adeguata alle nuove esigenze e, tramite l'integrazione di nuovi servizi sanitari (reparti di terapia intensiva, ostetricia e ginecologia, medicina interna, ortopedia, psichiatria, etc.), venne trasformato in Ospedale Generale. In seguito alla scelta di Barcellona come sede dei Giochi Olimpici del 1992, il progetto di riqualificazione e ampliamento dell'ospedale rientrava nella proposta di candidatura della città, come elemento di connessione tra la nuova Città olimpica e il quartiere storico di Barceloneta. Infatti, oramai la vecchia struttura, a causa delle diverse trasformazioni subite, si presentava come un insieme inorganico e disarticolato costituito da sette padiglioni a lisca di pesce collegati da un unico percorso centrale e da un monoblocco di dieci piani particolarmente sproporzionato rispetto al contesto circostante.

I motivi sottesi all'intervento di riqualificazione dunque si ritrovavano nella configurazione dell'Ospedale del Mare come punto nevralgico all'interno della città e nella sua importanza a livello territoriale. Le finalità di tutto il progetto, studiato dagli architetti Manuel Brullet e Albert Pineda, erano quelle di connettere la struttura alla città circostante, e di collegare i due quartieri confinanti particolarmente differenti tra loro, attraverso un intervento comune che valorizzasse l'intero isolato aprendolo verso la quotidianità e il territorio. Per questi motivi il progetto comprendeva diverse tipologie di intervento, quali la riqualificazione interna ed esterna di tutti gli edifici già esistenti e la realizzazione di nuovi edifici e di percorsi pubblici comuni che valorizzassero il lungomare e in generale l'intero isolato.

Partendo da tali presupposti i progettisti ristrutturarono e valorizzarono l'antica struttura a padiglioni, mantenendo al loro interno la medesima funzione d'uso e attribuendo particolare importanza all'illuminazione naturale degli spazi; ampliarono e ricoprirono con pannelli di acciaio inossidabile e ampie vetrate il monoblocco, al fine di dare all'edificio una nuova identità ben visibile da tutto il territorio circostante; realizzarono un nuovo edificio di due piani a vetrata continua

lungo il lungomare; progettarono un nuovo ingresso principale costituito da una copertura metallica che ben si inserisce tra il nuovo edificio e i preesistenti padiglioni. Il progetto di riqualificazione, attuato rispondendo ai dettami della moderna architettura ospedaliera, ha così dato nuovo valore al complesso ospedaliero, conferendogli, nel rispetto della sua tradizione, una nuova dimensione urbana.²¹

E' necessario, poi, ricordare, di grande rilevanza storica, l'Hospital De la Santa Creu i Sant Pau, sempre a Barcellona. Questo complesso ospedaliero risale al XV secolo. Esso era inizialmente situato nel quartiere barrio gotico di Barcellona ed era denominato Ospedale della Santa Croce. Per motivi di natura igienica, venne trasferito all'inizio del Novecento nel sito attuale, che all'epoca comprendeva un'area periferica e godeva di vista panoramica. Il complesso, realizzato su progetto dell'architetto catalano Lluís Domènech, occupava nove lotti e si inseriva nella maglia di espansione del piano Cerdà. Dei quarantotto padiglioni previsti, tutti collegati da un'innovativa rete sotterranea e separati da ampi spazi a verde, ne furono realizzati solo sedici, di cui dodici sotto la direzione di Domènech e quattro aggiunti successivamente dai suoi figli. Domènech curò la realizzazione dei primi dodici padiglioni personalmente, progettandoli nei minimi dettagli. Essi sono realizzati con un basamento in pietra arenaria, muratura in mattoni faccia a vista rosso chiari e ceramica catalana usata per le decorazioni e per le tegole colorate. Costruiti tra il 1901 e il 1911, sono stati dichiarati edifici storici nel 1978 e nel 1997 patrimonio dell'umanità dall'Unesco, e come tali da tutelare, impedendone drastiche modifiche. Nel corso del tempo, i padiglioni sono stati rifunzionalizzati non potendo più rispondere ai requisiti sanitari, benché all'avanguardia all'epoca della loro edificazione. Così, per motivi igienici, di soleggiamento, di benessere percettivo e climatico, hanno smesso le funzioni ospedaliere e sono stati occupati, per esempio, da una biblioteca o da distaccamenti dell'università di medicina.

Dal 2000 il complesso è stato interessato da un progetto di ampliamento redatto dallo studio Esteve Bonell & Gil Rius architects. L'area su cui sorgono i nuovi fabbricati è localizzata alle spalle dei vecchi padiglioni, in adiacenza al vecchio ospedale, ai limiti dell'espansione urbana del piano Cerdà. Tale area occupa circa la metà dei novici lotti che da sempre erano stati destinati all'intero progetto dell'ospedale. L'aspetto esterno ben si integra con la moderna architettura spagnola, tanto che difficilmente si legge dall'esterno la funzione ospedaliera. Di grande interesse è il rapporto architettonico che il nuovo ospedale instaura con il vecchio. L'immagine, infatti, del recente edificio, moderno e minimalista, si stacca completamente da quella del vecchio, ma la continuità è garantita, anche se con materiali e colori diversi dall'originale, dal muro perimetrale che ne ripropone motivo e simboli. Inoltre particolare attenzione è stata messa nella progettazione del verde, con la scelta di essenze locali che ben si adattano al clima marino di

²¹ M. Buffoli, *Hospital General del Mar*, in S. Capolongo, *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano, 2006



La facciata del vecchio
Ospedale De la Santa Creu
i Sant Pau.
(Fonte: www.santpau.es)

Barcellona, in modo da non tradire lo spirito di città giardino che permeava tutto il progetto di Domènech.²²

Da ultimo, non si può qui non segnalare un esempio fondamentale nel patrimonio storico italiano rappresentato dall'Ospedale Policlinico di Milano, testimonianza fin dall'epoca rinascimentale dell'architettura ospedaliera italiana. La sua origine risale al Quattrocento a opera dell'architetto Antonio Averulino, conosciuto come Filarete. La sua costruzione segnò profondamente la storia dell'architettura italiana e lombarda, ma con echi rilevanti anche in tutto l'Occidente. Infatti questa architettura fu promotrice delle più innovative soluzioni, risoltrici di fondamentali esigenze di igiene. In esso la tradizione tipologica delle grandi infermerie trovò una forma compiuta, ponendosi per lungo tempo come riferimento quasi assoluto dell'architettura ospedaliera universalmente riconosciuta.

All'inizio del XX secolo, il complesso fu rifunzionalizzato come sede universitaria, "venendo investito di un esemplare percorso di conservazione, modifica e nuovo progetto, in cui di volta in volta le motivazioni delle scelte furono rese esplicite e condivise dalle istituzioni preposte a guidare il processo".²³

Nel 1899 le funzioni ospedaliere furono spostate in una vasta area nelle immediate vicinanze nel centro della città di Milano. Durante il progetto di ricostruzione della città immediatamente dopo la fine della seconda guerra mondiale si sviluppò un intenso dibattito sull'idea di spostare il complesso ospedaliero alla periferia della città, con grande disaccordo da parte dei cittadini. Tale dibattito vide una vera e propria conclusione solo nell'anno 2000, quando si decise per una completa riqualificazione del preesistente complesso. Tale decisione di conservazione del sito storico ha reso il progetto di ammodernamento tra i più unici nel panorama internazionale. Infatti diverse considerazioni di vitale importanza sono rientrate all'interno del progetto rendendolo di estrema complessità: l'importanza della storia sociale e sanitaria del sito urbano, dalla "Crociera del Filarete" al complesso a padiglioni dei primi del Novecento; il ruolo dell'Ospedale Policlinico all'interno della rete di servizi sanitari di Milano; il legame con le preesistenze; l'accessibilità relativa al trasporto pubblico; la riqualificazione degli edifici del complesso, considerati testimoni di un'area urbana di estremo rilievo per la storia culturale di Milano.²⁴

All'interno del progetto, dunque, dove l'importanza della pianificazione urbana diventa comparabile all'importanza delle scelte sanitarie, l'ammodernamento del complesso ospedaliero, così inserito nel tessuto urbano e sociale, ha dovuto riconquistare il profondo significato di un'architettura sociale strettamente collegata alla vita della città e a quella dei suoi cittadini, stringendo un forte legame

²² Idem

²³ M. A. Crippa, *Il patrimonio edilizio degli ospedali di Lombardia dal secolo XV ad oggi*, in *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009, pag.10

²⁴ A. Caviglia, M. Bianco, *Multiplicity of Forms in Healthcare Sites*, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze, 2009

tra passato e presente.²⁵ Per questi motivi, nel progetto grande importanza è stata data alla connessione e comunicazione tra l'ospedale e la città, sia mediante la profonda integrazione del complesso aperto verso l'intorno urbano, sia mediante la creazione di itinerari storici e culturali che collegano aree di particolare valore e consentono di non perdere il forte legame con la storia.

1.3 La salute: bene pubblico per il benessere e lo sviluppo sostenibile della collettività

Da ultimo per avere un quadro più ampio riguardo all'interesse del patrimonio ospedaliero di nostra appartenenza e della necessità di una sua costante cura e valorizzazione, si vuole qui riportare delle brevi riflessioni sull'importanza della salute intesa come bene pubblico per il benessere e lo sviluppo della collettività.

Il concetto di sviluppo sostenibile, sistematizzato per la prima volta nel Rapporto Brundtland del 1987, si riferisce al mantenimento nel tempo del benessere, inteso come qualità della vita e del capitale sociale, considerato, quest'ultimo, come l'insieme del capitale umano, capitale culturale e capitale naturale. Inoltre l'idea di sviluppo in termini di sostenibilità mette in evidenza il perseguimento di obiettivi di equità per le generazioni presenti e future, rendendo fondamentale la comprensione dei bisogni e delle aspirazioni di una comunità.²⁶ In tali considerazioni rientra a pieno titolo l'idea di salute come bene pubblico per l'intera collettività globale.

Innanzitutto, infatti, è necessario richiamare la definizione di salute come data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ovvero lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Inoltre bisogna rifarsi alle due nozioni fondamentali che stanno alla base del concetto di bene pubblico, e che sono la "non divisibilità" e la "non escludibilità", intendendo con "non divisibilità" la possibilità da parte di tutti di poter beneficiare di un bene una volta prodotto e con "non escludibilità" l'impossibilità di escludere un individuo o un gruppo di individui dai benefici del bene stesso.²⁷

Ora il processo di globalizzazione ha necessariamente reso la salute un bene pubblico, secondo i principi sopra riportati, che concorre come si è visto al benessere della società e dunque al suo sviluppo sostenibile. Infatti la globalizzazione ha modificato tutti gli aspetti della vita umana inclusa la salute,

²⁵ Idem

²⁶ A. Oppio, *L'esperienza del piano dei servizi nella Regione Lombardia: Un approccio integrato alle trasformazioni urbane*, in A. Oppio, A. Tartaglia (a cura di), *Governo del territorio e strategie di valorizzazione dei beni culturali*, Libreria Clup, Milano 2006

²⁷ L.C. Chen, T.G. Evans, R.A. Cash, *Health As a Global Public Good*, in I. Kaul, I. Grunberg, M.A. Stern, *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*, Oxford University Press, Oxford 1999

lanciando la scommessa di risolvere l'insita tensione tra un'equa salute globale e l'esclusione sociale.²⁸

In questi anni, noi siamo testimoni dell'emergere di molteplici patologie legate alla qualità dell'ambiente e a fattori comportamentali di ogni individuo, che però non per questo rendono la salute un fatto esclusivamente privato. Infatti insieme alle malattie di origine infettiva tutte queste affezioni sono riscontrabili in ogni nazione del mondo e hanno una maggiore possibilità di circolazione rispetto al passato. Pensiamo alla facilità e rapidità di spostamento delle persone da un capo all'altro del mondo che consentono il facile e veloce propagarsi delle malattie, oppure l'importazione dei cibi, dove l'accelerazione del commercio internazionale ha incentivato lo sviluppo delle epidemie e il generarsi di nuove patologie. Non bisogna poi dimenticare gli effetti importantissimi che, in ogni parte del pianeta, l'inquinamento ambientale ha sulla salute: la riduzione dello strato di ozono, il riscaldamento globale, lo smaltimento dei rifiuti tossici.

Anche le affezioni sulla salute di origine comportamentale considerate fin'ora un fatto privato stanno sempre più assumendo carattere pubblico. Due esempi su tutti sono il fumo e l'assunzione di droghe. Le conseguenze sulla salute del fumo incidono fortemente sulla collettività, non solo in termini di fumo passivo ma anche dei costi sanitari per la loro cura, che sono prevalentemente pubblici. Allo stesso modo con l'accelerazione e il notevole sviluppo del traffico internazionale delle droghe illecite, il controllo della loro produzione e distribuzione è diventato sempre più difficile, rendendo il problema di natura globale. Questo dimostra come, sia il controllo del fumo che quello delle droghe, risulti un bene pubblico in quanto incide su tutta la comunità globale, nonostante abbia un'origine derivata da comportamenti individuali.²⁹

In sostanza, dovuto in parte alla globalizzazione, la salute è diventata bene pubblico a causa di due fenomeni principali, il primo a causa dei numerosi e sempre più veloci collegamenti tra le persone, il secondo a causa dell'aumento della trasmissione di comportamenti sbagliati, nocivi per la salute, e al propagarsi rapido degli effetti prodotti dall'inquinamento ambientale. In conseguenza di ciò la responsabilità sulla salute è diventata globale e richiede la cooperazione di ogni singolo stato e attore pubblico.

Se dunque la salute si può considerare un bene pubblico, essa, come spiegato precedentemente, deve rispondere ai principi di "non divisibilità" e "non escludibilità", fatto che invece spesso non accade. Se prendiamo in considerazione i paesi sviluppati e in via di sviluppo, appare evidente come nei primi vi è accesso a cure, anche di tipo farmacologico, mentre nei secondi invece non vi è possibilità e non solo per uno scarso progresso nella medicina, ma anche per gli interessi del settore privato che controlla i servizi e le tecnologie applicati alla salute. Allo stesso modo, nei paesi ricchi vi è un controllo molto maggiore sulla salute pubblica e vengono promosse molteplici campagne per l'educazione ai rischi ambientali e ai cattivi comportamenti nocivi per la salute.

²⁸ Idem

²⁹ Idem

Questo stato di cose, tra l'altro, contrasta proprio con il fenomeno della globalizzazione che invece potrebbe portare a una maggiore equità nel controllo del benessere collettivo. La rivoluzione tecnologica, per esempio, infatti, offre grandi opportunità per la salute globale, potendo con le nuove scoperte scientifiche curare molteplici affezioni presenti in ogni parte del mondo. Le stesse potenzialità comunicative e di diffusione delle informazioni, garantite dalla globalizzazione, dovrebbero portare a una più efficace educazione alla salute in ogni parte del mondo, nonché a una maggiore divulgazione della ricerca scientifica e dei sistemi di cura, al di là dell'attività dei governi e dei sistemi sanitari nazionali.³⁰ Questo, però, risulta difficile in quanto la stessa globalizzazione del mercato ha accelerato la privatizzazione dei servizi sanitari e la commercializzazione delle conoscenze mediche. Anche l'esigenza attuale del contenimento dei costi pubblici sulla salute ha portato alla riforma del settore sanitario che ha incrementato la privatizzazione della sanità, rendendo più difficile l'accesso a tutta la popolazione.

Dunque, appare evidente come per perseguire un'idea di sviluppo sostenibile che garantisca il totale benessere per l'intera collettività, si debba adottare una visione della salute fondata sul concetto di bene pubblico, garantendo un'equità nei diritti delle persone e nella gestione dei bisogni della collettività. Solo in tal modo si potrà per esempio decidere quale problematica sanitaria abbia la priorità a livello globale richiedendo una maggiore sorveglianza e maggiori risorse. D'altra parte, la salute è una somma positiva per cui il benessere di una persona non nuoce al benessere di un'altra, anzi garantisce effetti positivi sull'intera collettività.³¹

Oggi, come si è detto, sta emergendo, in faticosa controtendenza con le esigenze del mercato, un modello alternativo di sviluppo fondato sul benessere, inteso come somma dei risultati raggiunti e delle capacità acquisite in vari campi, che spaziano dall'economia all'educazione, dalle infrastrutture ai diritti umani, dagli equilibri ecologici alla sanità. In questo contesto emergente appare sempre più necessario attribuire a questo insieme il termine comprensivo di "cultura".³²

³⁰ Idem

³¹ Idem

³² M. Amari, *Progettazione culturale. Metodologia e strumenti di cultural planning*, Franco Angeli, Milano, 2006

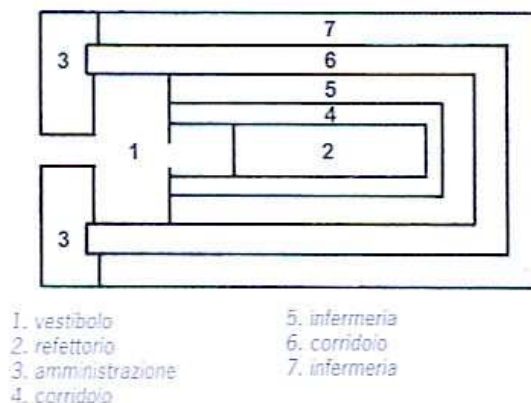
2 STORIA DELL'ARCHITETTURA OSPEDALIERA

2.1 Dalla medicina greca alla cura assistenziale nel Medioevo

Nell'antica Grecia non vi erano ospedali. Luoghi collettivi di salute pubblica erano i templi dedicati ad Asclepio, semidio della medicina, e gestiti dagli asclepiadi, sacerdoti esercenti una medicina ieratica, sacra. Tali santuari erano generalmente costituiti da un ampio spazio che aveva la funzione di luogo dove veniva praticato il processo terapeutico sia religioso che igienico; infatti era proprio il contatto con la divinità che poteva portare alla guarigione. Anche l'antica Roma non ebbe ospedali. Luoghi collettivi di salute erano le terme, dove appositi locali, il *calidarium*, il *frigidarium* e il *tepidarium*, aiutavano la cura e il benessere della persona. I primi veri luoghi dedicati esclusivamente alla cura del malato, però, sorsero proprio nel periodo storico della Roma imperiale, quando cominciarono a essere costruiti i *valetudinaria*, “ospedali delle legioni” dove si curavano i legionari dalle ferite belliche e dove, in tempo di pace, si curavano gli schiavi dalle lesioni traumatiche dovute ai loro duri lavori. Un esempio interessante tra questi è Novaesium, presso Dusseldorf. Risalente all'anno 100 d.C., questa architettura costituisce un mirabile esempio di progettazione di un edificio sanitario, la cui tipologia discende essenzialmente dalle funzioni che la struttura è chiamata a svolgere. Essa, infatti, è caratterizzata dalla razionalizzazione dei percorsi, dalla distribuzione centrale degli spazi comuni come il vestibolo, il refettorio e l'amministrazione, e dall'utilizzo concentrico degli spazi dedicati alla degenza e alla cura.

Fu però il Medioevo cristiano a dare fondamento etico alla *hospitalitas*. L'“ospitalità”, conosciuta e praticata dagli antichi, ma solo come attività individuale od obbligo nei confronti dell'ospite, si affermò nella bassa latinità come servizio all'uomo bisognoso e sofferente nell'ambito di un cristianesimo che si proclamava e professava come “religione dei poveri”. Al nome e al concetto di “povero”, *pauper*, erano strettamente legati il nome e il concetto di “malato”, *infirmus*. Il povero malato o il malato povero esprimeva una categoria composita, senza troppa distinzione tra indigenza economica ed emergenza sanitaria. La

categoria comprendeva tutti coloro che non erano in grado di far fronte alle crisi di esistenza: malati e invalidi, vagabondi e mendicanti, folli e indigenti, e con ai primi posti i vecchi in solitudine e gli orfani.³³



Infermeria militare di Novaesium (100 d. C., epoca ellenica). (Fonte: Capolongo S., *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano, 2006)

L'età medievale rappresentò senza dubbio una delle epoche più interessanti sotto il profilo della storia del rapporto uomo-ambiente-malattia. Con l'avvento dell'era cristiana, infatti, l'assistenza acquistò un significato interamente caritativo e, nella assoluta impossibilità di dare una giustificazione logica e razionale alla malattia e alla morte, l'uomo ne ricercava una spiegazione nel mondo ultraterreno e metafisico. Siamo in un momento in cui di fronte al Male e alla morte la società riversava nel mondo metafisico e trascendente tutto ciò che nella realtà terrena non era in grado di spiegare e risolvere. La cura del malato diveniva la strada per garantirsi la possibilità di accedere alla vita ultraterrena dopo la morte. Infatti, nella trasposizione allegorica del corpo del povero e del malato alla figura del Cristo in croce, risiedeva tutta la logica che sottende all'organizzazione dell'assistenza ospedaliera medievale.

E' così che, alle soglie dell'anno Mille, fiorirono gli ospedali fondati dagli ordini religiosi e indirizzati alla pratica della medicina monastica. La medicina, infatti, viveva di questa cultura monastica più incline alla cura dell'anima che non alla pratica medica mirata al recupero fisico dell'uomo malato, come tipica espressione della religione cristiana. L'organizzazione sanitaria di ogni grande monastero comprendeva almeno un *infirmarium*, o "infermeria", con una camera di degenza per malati gravi e con un orto di piante medicinali. A moltiplicare tali strutture di ospitalità contribuivano i pellegrinaggi, in Italia quelli diretti alle tombe romane dei Santi Pietro e Paolo, mete di una umanità itinerante alla ricerca di quell'idea di *salus*, che non era intesa solo come "salvezza" spirituale, ma spesso anche come "salute" corporale o speranza di guarigione.³⁴ Le gravi epidemie che in

³³ G. Cosmacini, *Dal frigidarium alla bio-robotica, l'evoluzione della cura*, in *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009

³⁴ Idem

quell'epoca affliggevano le popolazioni provocavano nell'opinione delle persone una particolare diffidenza nei confronti dei medici poiché difficilmente questi riuscivano a guarire dalla malattia. Erano, dunque, l'aiuto spirituale a prevalere largamente sull'azione terapeutica e l'ospedale, come detto, era visto più come asilo e rifugio che non come luogo di cura, facendo coincidere il concetto di istituzione ospedaliera con quello di istituzione caritativa.

Dopo l'anno Mille iniziava nella società altomedievale legata ai possidenti terrieri la rinascita delle città, raccolte intorno alle cattedrali e popolate di poveri. I mutamenti politici, religiosi e sociali mutarono sostanzialmente la visione del mondo, dell'uomo e del suo rapporto con le cose. Cambiava la vita, e cambiava anche quella assistita. Le grandi epidemie che investirono l'Europa a partire dalla metà del Trecento contribuirono al passaggio da un'assistenza caritativa e cristiana a un'assistenza tendenzialmente "produttiva" delle istituzioni ospedaliere. Infatti la malattia era tanto dirompente che obbligava a trovare procedure e rimedi innovativi per fronteggiare il Male. Improvvisamente e per la prima volta gli uomini si trovarono di fronte alla necessità di studiare norme non più solo dettate dal mondo trascendente, ma che sentivano provenire dalla società stessa. Bisognava, dunque, calare la cura nel mondo terreno, cercando di trovare in "questo mondo" una risposta ai problemi inerenti l'organizzazione di un nuovo ordine di vita in grado di sconfiggere il Male e la morte.

Ogni città importante cominciava a possedere almeno un ospedale, dapprima in diretta connessione con il luogo di culto, con commistione tra pratiche sacre a pratiche profane. Successivamente questi ospedali, anche se legati a fondazioni ecclesiastiche, tendevano a distaccarsi dal modello religioso. L'idea simbolica e religiosa del corpo del malato e del povero veniva pian piano soppiantata da una concezione che tendeva a oggettivare il corpo stesso, ponendolo nel campo del sapere scientifico e medico. E' l'inizio del lento ma progressivo processo di secolarizzazione dell'assistenza ospedaliera. Il risultato di questa tendenza era, alla fine, l'ospedale civile. In seguito all'affermarsi del carattere laico dell'ospedale, l'assistenza veniva a poco a poco inquadrata nell'ambito delle funzioni prettamente statali: i governanti delle città si sostituirono all'autorità ecclesiastica nell'organizzazione sanitaria, provvedendo essi stessi alla costruzione degli ospedali.

In Italia l'organizzazione ospedaliera, in anticipo sul resto d'Europa, era importante in ogni città, ma soprattutto in quelle più popolose, affollate da una popolazione spesso a rischio tra ricorrenti carestie e condizioni d'igiene precaria. Il nuovo stato delle cose portò alla necessità di aumentare e meglio organizzare le strutture ospedaliere e la cultura rinascimentale nonché la Riforma protestante avviarono un processo che avrebbe condotto, dopo lunghi decenni, a un cambiamento radicale dell'intero sistema ospedaliero.

L'ingresso in ospedale dei medici fu un evento ulteriore, non medievale, ma rinascimentale. Dal sistema della carità indifferenziata, che aveva caratterizzato i medievali "alberghi dei poveri", si passava al sistema degli ospedali maggiori,

dove questi erano concepiti, strutturati, organizzati come “fabbriche della salute”: è il momento della grande riforma.

2.2 L’inizio del processo di secolarizzazione dell’assistenza ospedaliera durante il Rinascimento. Gli ospedali a crociera.

Il XV secolo vide la nascita di grandiose strutture nosocomiali. Infatti, date le loro dimensioni sia fisiche che organizzative, raramente i piccoli ospedali medievali diedero luogo a strutture architettoniche notevoli e tipologicamente originali. Solamente attraverso un’ampia ricognizione si possono riconoscere le prime manifestazioni di quelli che sarebbero stati gli elementi fondativi della invenzione quattrocentesca dell’ospedale a crociera. Infatti, in alcune grandi strutture ospedaliere, tra cui ricordiamo gli esempi più conosciuti sono quelli di S. Maria della Scala a Siena (1440) e di S. Maria Nuova a Firenze (1288), si possono ritrovare grandissimi corridoi destinati all’accoglienza, arredati con letti, spesso anche dotati di un altare per le celebrazioni destinate agli infermi. Solitamente viene ritenute che la matrice spaziale di questi luoghi sia da ricercare nella tradizione dell’architettura monastica, ma certamente è attraverso la mediazione degli ospedali urbani che essa poté giungere ai progetti ospedalieri del Quattrocento. E’ il generale movimento di riforma dell’organizzazione ospedaliera che vede la nascita di ospedali organizzati attorno a grandi infermerie intersecate a croce, opere che rimangono nella storia come memoria tangibile, e costituiscono forse il più specifico contributo italiano e in particolar modo lombardo a un fenomeno storico di più vasti confini.³⁵

Ovviamente, il cambiamento non avvenne nel giro di poco tempo; i lunghi secoli di tradizione lasciarono un segno indelebile nell’ospedale rinascimentale, dove il carattere religioso sopravvisse ancora a lungo come può testimoniare la permanenza del personale religioso anche a livello amministrativo e dei simboli legati al passato, quali la cappella e gli altari. Il Rinascimento, però, se voleva essere tale anche in campo ospedaliero, non doveva ripiombare nell’ambito di una ospitalità indifferenziata. Perché questo regresso non avvenisse, era indispensabile che medici e chirurghi fossero direttamente coinvolti. La loro competenza diversificata doveva differenziare e specificare le cure ospedaliere. La folla dei degenti non era più un indistinto genere umano, ma era un accorpamento di gruppi di individui patologicamente diversi, ciascuno con la sua tipologia di male. Le cure non erano più pratiche generiche di assistenza e di aiuto, ma erano pratiche specifiche che dovevano realizzare questa o quella terapia. I malati acuti,

³⁵ S. Della Torre, *Gli Ospedali a crociera del Quattrocento e successivi sviluppi fino all’Ottocento*, in *L’architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009

suscettibili di guarigione, venivano ricoverati e curati negli “ospedali maggiori”, mentre quelli cronici, inguaribili e invalidi, che necessitavano di lungodegenza, dovevano essere ricoverati e curati negli “ospedali minori”, decentrati e satellitari a quelli principali.

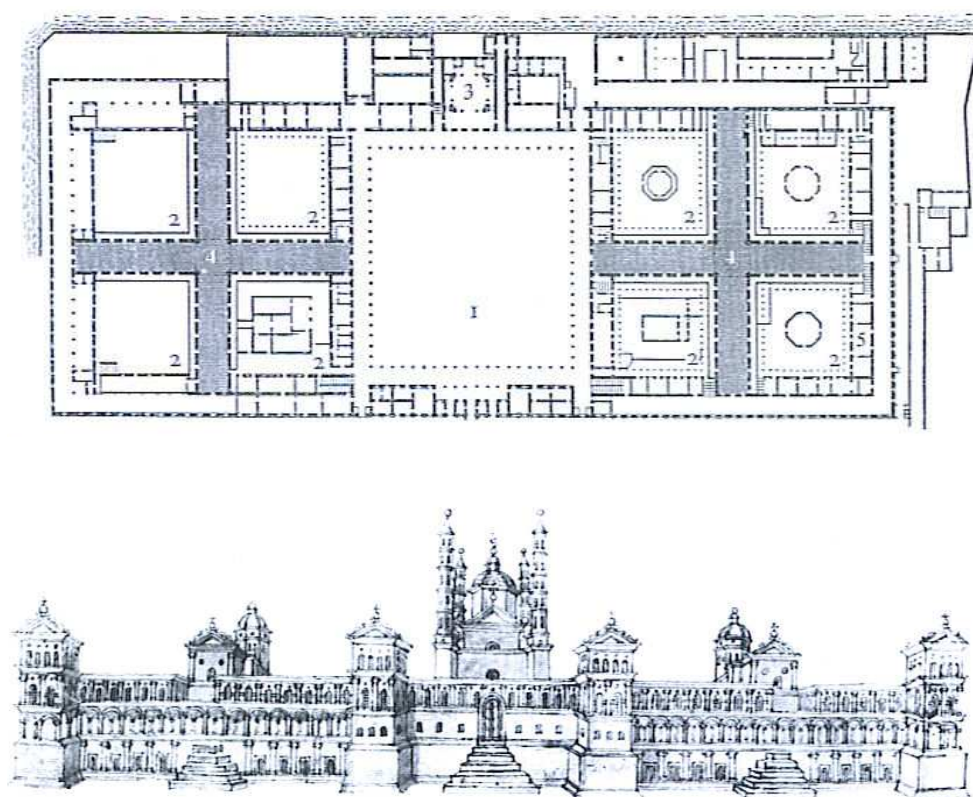
L'opera di laicizzazione dell'assistenza quattrocentesca fu generata dalla concentrazione delle rendite in una unica organizzazione amministrata di regola da un collegio elettivo rappresentante la municipalità. Il radicamento medievale dell'azione di carità nelle coscienze delle persone aveva infatti garantito alle fondazioni ospedaliere il generoso sostegno da parte delle popolazioni. Ogni piccolo ospedale aveva quindi ereditato piccoli e grandi possedimenti fondiari, la cui amministrazione era però spesso divenuta appannaggio dei ministri, e perfino di singole famiglie attraverso l'istituto del giuspatronato. A questo punto la tipologia ospedaliera, nata dalla riforma, non poteva avere la forma casuale generata dalle successive aggregazioni degli ospedali tradizionali, ma doveva essere il simbolo anche attraverso l'impianto, la forma e le dimensioni della carica innovativa che si andava delineando a livello politico.

Esempio paradigmatico di questo nuovo stato di cose ci viene dal territorio lombardo, da un punto di vista architettonico, con la realizzazione dell'ospedale Ca' Granda, diventato poi Maggiore, di Milano, e da un punto di vista politico-amministrativo, con la riorganizzazione assistenziale promossa dall'Arcivescovo di Milano, Rampini, con il decreto del 1448. Con tale decreto l'ospedale smise di costituirsi come il generico luogo di ospitalità e ne vennero fissate in modo chiaro e inequivocabile le finalità istituzionali. La grande rivoluzione rampiniana toccava sia l'aspetto giuridico-amministrativo, in quanto dettava una serie di norme che regolamentavano i compiti, le funzioni e i comportamenti degli amministratori ospedalieri, di fatto cambiando i criteri di gestione degli ospedali; sia l'aspetto etico-economico, perché, come già si è visto, l'idea di assistenza passava da una concezione religiosa a una laica, con una gestione della cura maggiormente realistica e produttiva; sia l'aspetto sanitario e sociale in quanto procede alla riorganizzazione di tutte le strutture assistenziali.

La realizzazione della Ca' Granda (1456) costituì la trasposizione nella pratica architettonica di quanto stabilito a livello politico-teorico. Antonio Averulino, detto il Filarete, fu l'architetto chiamato a realizzare l'idea del Duca Francesco Sforza, signore di Milano, nella costruzione dell'ospedale, occasione per ingraziarsi il consenso popolare. Poiché l'esperienza del Filarete era limitata prettamente all'edilizia militare, ritenne più che mai opportuno andare a visitare i già citati ospedali di S. Maria Nuova e S. Maria della Scala. Gli spunti si rivelarono di grandissima utilità e, rientrato a Milano, il Filarete elaborò un'idea progettuale di eccezionale modernità, sia per l'approccio al problema, attraverso una chiara analisi delle specifiche attività che doveva contenere un edificio ospedaliero, che per le originali soluzioni di ingegneria sanitaria.

Il progetto prevedeva due grandi quadrati divisi da un cortile rettangolare con la Chiesa al centro. Ogni quadrilatero racchiudeva quattro infermerie a crociera che, a loro volta, delimitavano tra le braccia della croce, all'esterno, quattro cortili minori,

sui quali si aprivano officine e abitazioni di pertinenza dell'ospedale. Grandi porticati contornavano sia il quadrilatero che i cortili minori. La visione prevalentemente cristiana delle infermerie a croce è ancora molto tradizionale, così come la costruzione dei cortili che ripete quella classica dei conventi, ma il merito e la novità del Filarete sta nell'aver riempito quelle forme classiche di contenuti altamente innovatori. Le infermerie, infatti, vennero progettate nelle loro superfici e cubature con l'obiettivo di garantire a un determinato numero di degenti un sufficiente spazio vitale e un'ideale ventilazione nonché illuminazione. A questo si aggiunge anche il fatto che l'edificio sfruttava le acque correnti, attraverso un ingegnoso sistema di derivazione e mandata, per dotare le infermerie di latrine collocate in appositi spazi sui lati delle stesse.



Pianta e prospetto della Ca' Granda di Milano (Fonte: Capolongo S., *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano, 2006)

Il lavoro svolto dal Filarete fu veramente pregevole e il suo influsso toccò tutti gli Stati dell'Italia Settentrionale, ponendosi come modello di grande interesse almeno fino all'età neoclassica. La sua importanza è dovuta dal fatto che la tradizione tipologica delle grandi infermerie trova in esso una forma compiuta divenendo quasi un'icona dell'architettura ospedaliera universalmente riconosciuta.³⁶

Le influenze furono immediate: l'Ospedale Maggiore di Lodi del 1459 e il Sant'Anna di Como ripresero notevolmente gli insegnamenti della Ca' Granda.

³⁶ Idem

Allo stesso modo la stessa fortuna dell'ospedale a crociera viene dimostrata da numerose realizzazioni in tutta l'area padana: gli ospedali di Bergamo, Piacenza, Parma e Novara, la cui realizzazione fu avviata ancora entro il Quattrocento. Ancora nei secoli seguenti, però, quando il modello cominciava ad avere riscontri nei diversi trattati, varie realizzazioni in Italia settentrionale dimostrano la persistenza del tipo e il suo successo: si possono citare per esempio l'ospedale di Vercelli, costruito a partire dal secondo Cinquecento, il monumentale S. Giovanni Battista di Torino, costruito a partire dal 1680 su progetto di Amedeo di Castellamonte, il più tardo Ospedale degli Infermi di Faenza, fondato nel 1752 su progetto di G.B. Campidori, o ancora la pianta a T dell'ospedale di Treviglio del Segré progettato nel 1786.

Il fulgore rinascimentale sarebbe ben presto passato e un'epoca di stasi avrebbe contraddistinto il periodo immediatamente successivo, ma, ormai, i contenuti della riforma costituivano un patrimonio culturale da cui non si poteva più prescindere e con cui i secoli a venire si sarebbero dovuti confrontare. Infatti, questo sistema ospedaliero sopravvisse in età barocca con alterne fortune. Le grandi infermerie erano nate per il ricovero indifferenziato, pur consentendo qualche suddivisione dei malati nei diversi bracci in funzione, ma sempre più sentito si fece il bisogno di spazi più specializzati e separati, corrispondenti funzionalmente, ma anche concettualmente, a una visione sempre più medicalizzata dell'ospedale. Nascevano altri ospedali e ricoveri specializzati, definendo una nuova rete assistenziale dentro e attorno alle città.

Nella tardo-settecentesca "epoca dei Lumi", il problema degli ospedali, considerato il pessimo stato in cui versavano molti fra essi, fu oggetto di un intenso dibattito, ma, pur senza recepire tutte le istanze illuministiche, fu l'Ottocento, a pieno titolo, il secolo dell'affermazione dell'ospedale moderno.

2.3 Il Settecento e l'Ottocento: l'ospedale *machine à guérir*. L'ospedale a padiglioni.

Fu sotto la spinta delle grandi rivoluzioni, quella francese e quella industriale, e delle dirompenti idee illuministiche votate alla "ragione", che le problematiche relative al rapporto uomo-malattia mutarono radicalmente. La grande aspettativa di un reale miglioramento delle condizioni di vita e il cambiamento risolutivo nel pensiero molto devono alla trasformazione dal punto di vista economico. La Rivoluzione industriale, grazie alla quale il lavoro assume una valenza positiva, e la forza lavoro diventa condizione necessaria per organizzare il nuovo ordine sociale, permette di disegnare una nuova società improntata sulla grande analogia della macchina. Anche il campo medico viene investito da questi cambiamenti e il corpo del malato, il cui funzionamento viene paragonato alla macchina produttiva,

deve potere essere analizzato e osservato per parti secondo le nuove metodologie di approccio alla malattia.

Nel corso del Settecento proliferarono molteplici studi di medici che proponevano miglioramenti e radicali mutamenti nell'impostazione dell'edilizia ospedaliera. Venivano puntualizzate le esigenze igieniche, cui dovevano corrispondere accorgimenti costruttivi efficaci, si spingeva verso una più razionale collocazione urbanistica, si richiedevano spazi di ricovero suddivisi in entità distinte, così da corrispondere a una organizzazione in reparti divise in funzione delle patologie e delle esigenze curative: dal ricovero indifferenziato si passava gradualmente alla clinica.³⁷

Nel corso del XIX secolo, l'instaurazione di un nuovo modello partì, così, dalla clinica, secondo una dinamica interna, scientifico-tecnica, sinergica agli sviluppi ottocenteschi della medicina e della chirurgia. La grande pratica sperimentale unita al distaccarsi dalla disciplina medica e al costituirsi della chirurgia divennero indispensabili nella pratica della cura del malato. A questo punto, l'individuazione di spazi adatti alle due discipline divenne una condizione necessaria, per cui la progettualità spaziale doveva rendere possibile il nuovo approccio all'idea della "macchina" e l'osservazione dell'evoluzione della malattia ai suoi diversi stadi e su più pazienti. Non più, quindi, uno spazio grande e unico, ma un insieme di spazi minori che vengono a formare un luogo articolato tanto quanto lo sono le principali malattie che, grazie al notevole sviluppo della ricerca in campo medico-scientifico, iniziano a essere conosciute, classificate e diagnosticate secondo parametri scientifici che affidano alla casistica un ruolo fondamentale.

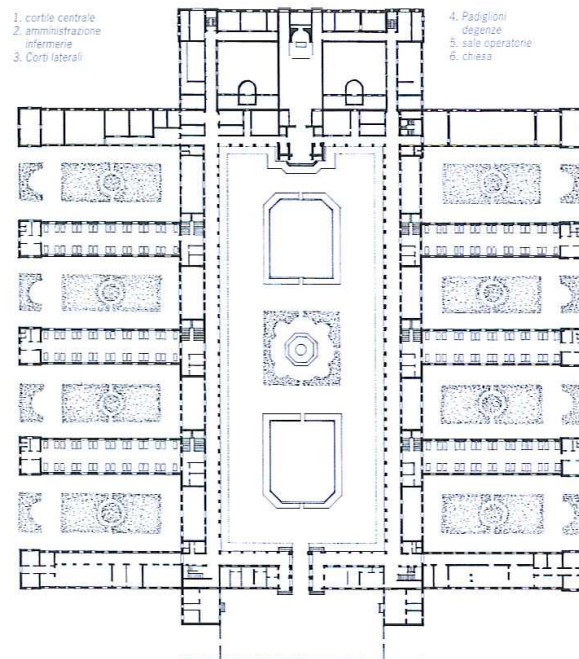
Diventa così importante non solo riunire i malati che presentano i medesimi sintomi in un unico spazio, ma avere anche a disposizione un adeguato numero di individui colpiti dalla medesima affezione ai diversi stadi della malattia, per migliorare i criteri diagnostici e sviluppare di conseguenza le migliori pratiche terapeutiche. L'ospedale diventa una *machine à guérir*, votata al più grande efficientismo di natura aziendalistica: esso non è altro che il luogo privilegiato per l'assistenza, la degenza, l'insegnamento e lo sviluppo delle attività scientifiche. A questo punto l'ospedale è pronto per diventare luogo essenzialmente di cura.

Ne discende il modello architettonico. La letteratura internazionale comincia a teorizzare il principio del complesso ospedaliero costituito da padiglioni separati. L'idea di singole strutture edilizie distanziate e quindi bene dimensionate, areate e illuminate, nella convinzione di tutto il mondo scientifico, garantiva le condizioni basilari per un'efficace e organizzata assistenza medica. Mai come ora la progettazione ospedaliera diventa materia trattata e dibattuta in diversi studi scientifici ricchi di esemplificazioni circolanti in tutti i paesi. Il progetto dei padiglioni trovava efficaci modelli da importare, presentati anche durante le Esposizioni Universali. Grande eco ebbero i modelli adottati a Parigi per ricostruire dopo un incendio l'Hotel-Dieu del 1773 e l'ospedale Lariboisiere del 1839. Per la

³⁷ S. Della Torre, *L'ospedale a padiglioni dall'Ottocento al primo Novecento*, in *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009

ricostruzione dell'Hotel-Dieu, l'Accademia delle Scienze ritenne opportuno affidare a un'apposita commissione il compito di formulare delle nuove proposte e i risultati a cui si giunse furono fortemente rivoluzionari. Vennero, infatti, enunciati criteri progettuali del tutto nuovi: limitazione dei posti letto, distanza minima tra gli edifici doppia rispetto all'altezza dei piani, reparti distinti per uomini e donne, numero massimo di letti per stanza, presenza in ogni infermeria di appositi servizi, finestre estese fino al soffitto, scale aperte e ventilate dall'esterno.

La maggiore difficoltà era dovuta al reperimento delle aree in quanto il complesso così costituito richiedeva una notevole estensione delle aree rispetto agli ospedali tradizionali. Per questo motivo le nuove strutture vedono il loro collocamento prevalentemente all'esterno della città, in ambienti anche più salubri. Si creano problemi di tipo urbanistico: infatti, l'exasperazione dei criteri di efficienza funzionale della macchina urbana viene a contrastare con l'exasperazione dell'efficienza igienica e terapeutica della macchina sanitaria. Si privilegiano necessariamente localizzazioni che possono rispondere alla disponibilità di vasti terreni e in rapporto alla popolazione urbana che l'ospedale deve servire. In questo senso, l'esempio dell'ospedale Lariboisière mostra come sia stata necessaria una sua localizzazione periferica e come poi esso sia stato inglobato all'interno della città dall'urbanizzazione massiva.



Ospedale Lariboisière (Fonte: Capolongo S., *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano, 2006)

Se le novità progettuali in questo periodo partirono prevalentemente dalla Francia, l'Italia vide maggiori difficoltà nel perseguimento della nuova tipologia edilizia. Le difficoltà urbanistiche, come il reperimento di vasti terreni, ed economiche rendevano estremamente difficoltoso nel nostro paese sostituire i vecchi ospedali con quelli moderni, mentre nel resto d'Europa la tendenza generale

fu quella di realizzare nuovi complessi ospedalieri, ispirati ai moderni criteri, piuttosto che ristrutturare quelli esistenti. Così, solo nei primi anni del Novecento furono avviati nuovi grandi progetti, che sarebbero stati però realizzati soltanto molti anni dopo. Ne è un esempio il progetto del Policlinico San Matteo di Pavia, voluto da Camillo Golgi nel 1902, fu messo a concorso tra il 1909 e il 1913, ma la realizzazione secondo il progetto di Gardella e Martini si trascinò fino al 1927, allorché ci fu una rivisitazione del progetto, per cui venne ridotto lo spazio occupato dalle cliniche progettate con eccessiva larghezza, e si arrivò all'inaugurazione soltanto nel 1932. Allo stesso modo altri progetti rimasero senza esito, o furono ampiamente rivisti in corso d'opera.

Per cui nel nostro paese, sebbene i progettisti specializzati guardassero con attenzione alla manualistica tedesca, francese e anglosassone. Il ritardo era tale per cui solo alla fine degli anni Venti si iniziarono a inaugurare come all'avanguardia strutture progettate dieci anni prima, spesso ancora ispirate alla manualistica di fine Ottocento, mentre la tecnica ospedaliera andava tuttavia evolvendo. All'interno di questo contesto bisogna ricordare l'ingegnere Giulio Marcovigi che, guardando prevalentemente alla manualistica tedesca, si rese autore di moltissimi progetti in particolar modo in Lombardia, affermandosi come uno dei più celebri specialisti italiani di architettura ospedaliera. Tra le sue maggiori realizzazioni ricordiamo gli ospedali di Mantova, Bergamo, Como e anche il Niguarda di Milano, di grande importanza, come vedremo. A Milano, tra l'altro, si cita la realizzazione dell'ospedale Policlinico, in sostituzione della vecchia Ca' Granda in via di dismissione. Il Policlinico composto di padiglioni indipendenti, e costruiti ognuno con un progetto autonomo, incarnava la ricerca per trovare la forma edilizia meglio rispondente ai bisogni delle singole cliniche.

Nel resto di Italia si segnalano gli esempi dell'Ospedale Galliera di Genova del 1877-84, l'Ospedale Umberto I di Monza del 1896, il Policlinico Umberto I di Roma del 1899 e l'ospedale di Broni del 1887-89.

Nel Novecento la morfologia architettonica a padiglioni fu travolta da continue sperimentazioni, sottoposte a reciproci influssi nelle diverse nazioni occidentali, differenziandosi anche in rapporto a contesti molto o poco urbanizzati. Da questo punto in poi nella prima metà del secolo questa tipologia ospedaliera venne approfonditamente discussa e modificata, anche in ragione delle conquiste scientifiche della moderna medicina che, avendo debellato i problemi di contagio, rendeva inutile l'eccessiva frammentazione delle degenze. Inizia il processo di revisione del tipo a padiglioni con la nuova proposta di ospedali sviluppati in altezza, senza però dimenticare di come le cittadelle ospedaliere a padiglioni continuino a caratterizzare la nostra architettura sanitaria come dimostrato da numerosi ospedali ancora in attività, di cui solo ora si sta dibattendo riguardo alla loro dismissione.

2.4 Il processo di revisione dall'ospedale a padiglioni all'ospedale a monoblocco nel XX secolo

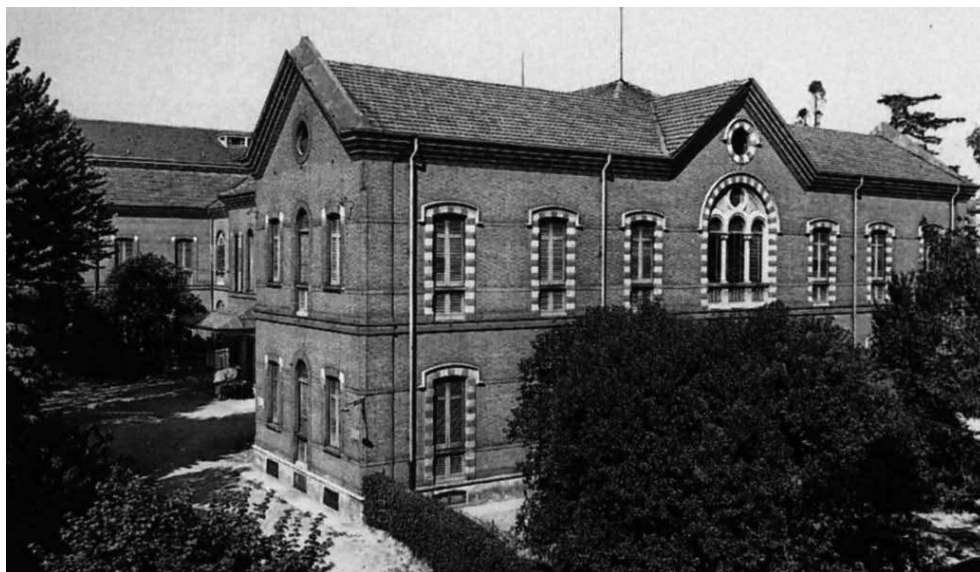
Il dibattito di inizio secolo si sviluppò attorno a due problematiche ritenute di importanza primaria: da una parte l'attenta valutazione della densità fondiaria, che come abbiamo visto era fortemente richiesta dalla tipologia a padiglioni, e il sistema di connessione tra i differenti volumi edilizi che costituivano il complesso; essi potevano essere in superficie, con percorsi aperti o chiusi, o in tunnel, sotterranei o seminterrati. Infatti, come precedentemente osservato in tutti i paesi, ma soprattutto in Italia, l'enorme estensione delle cittadelle ospedaliere, anche per il modesto sviluppo in altezza dei padiglioni, massimo due piani, comportava normalmente lentezze eccessive negli spostamenti, la sorveglianza era praticamente impossibile e in particolar modo diveniva incontrollabile la continua crescita numerica dei padiglioni in ragione della crescente specializzazione. A questo si aggiunge il proliferare di laboratori di ricerca e di analisi che occupavano nuovi corpi edilizi all'interno delle cittadelle e che obbligavano il personale sanitario a lunghe percorrenze.

A spingere al cambiamento fu, nel periodo tra le due guerre mondiali, l'innovazione edilizia derivata dal diffondersi dei nuovi materiali, calcestruzzo armato, acciaio, vetro, unita al propagarsi di un funzionalismo generalizzato nel campo architettonico; questo portò ingegneri e progettisti a superare i limiti del tipo ospedaliero a padiglioni. Il primo segnale di mutamento, in Europa, avvenne mediante l'aumento volumetrico dei padiglioni e la loro funzionale articolazione, con la costituzione di alte unità edilizie con struttura planimetrica a T o ad H, nelle quali le aree di degenza e i servizi di cura venivano integrati in un'unica unità con lo sviluppo di camere, da quattro a sei letti, lungo un corridoio posto in un primo tempo solo su un lato e in seguito anche su due, in sostituzione alla tradizionale corsia aperta, con più posti letto, che venne pian piano abbandonata. A Milano, il primo padiglione con planimetria ad H fu il Litta del 1900, il primo a T invece fu il Luigi Sacco del 1927, ambedue all'interno dell'Ospedale Policlinico.

Nacquero così gli ospedali sviluppati in altezza, che avrebbero preso il nome di ospedale a "monoblocco", espressione quest'ultima presa dal gergo dell'industria automobilistica per indicare edifici alti e ben utilizzabili grazie alla larga diffusione dei sistemi meccanici di trasporto verticale.

Durante il decennio successivo, fino allo scoppio della Seconda Guerra Mondiale, il regime fascista diede enorme impulso alla realizzazione di nuovi ospedali. La progettazione dell'Ospedale Maggiore di Milano a Niguarda, realizzato tra il 1933 e il 1939, rappresenta "lo snodo cruciale del processo di revisione del tipo a padiglioni, con la ricerca di una via italiana intermedia tra l'elaborazione del tipo ottocentesco e la nuova proposta di ospedali sviluppati in altezza".³⁸

³⁸ Idem, pag. 42



Il padiglione Alfonso Litta all'interno del complesso dell'Ospedale Maggiore di Milano all'inizio del Novecento (Fonte: AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009)

Questo ospedale di 1.500 posti letto ebbe una lunga e travagliata vicenda progettuale che si concluse con la consegna dell'incarico di progettazione all'ing. Giulio Marcovigi che tradusse in architettura le idee innovative del medico Enrico Ronzani, in quanto i progetti presentati durante il concorso, tra cui quello vincitore, mettevano in luce il ritardo tecnico-culturale delle scelte operate, con strutture che ancora rispondevano alla tipologia a padiglioni. Gli elementi di grande innovazione del progetto definitivo furono: la riduzione del numero di letti a sei per ogni infermeria, il raggruppamento delle infermerie in un minor numero di padiglioni tra loro collegati, unità edilizie con un maggior numero di piani, per razionalizzare sia le reti tecnologiche (elettriche, acqua, fognatura, riscaldamento) sia i collegamenti, ritenendo i collegamenti verticali ormai più rapidi di quelli orizzontali. Si pervenne così al progetto di padiglioni a cinque piani tra loro collegati, sopraelevati dal suolo da un ampio porticato terreno alto oltre cinque metri.

Attorno alla transizione tipologica che culminò con la sua realizzazione l'Ospedale Niguarda vide l'influenza sia di ricerche da attribuirsi al primo razionalismo italiano sia le moderne tendenze derivanti da oltreoceano.³⁹

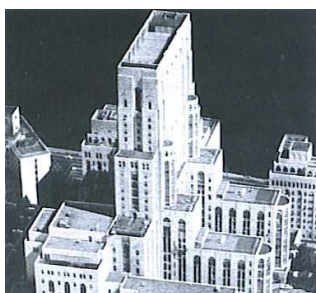
Negli Stati Uniti, infatti, nel primo decennio del Novecento erano fioriti le prime tipologie ospedaliere caratterizzate da enormi complessi alti fino a trenta piani, con prospetti alleggeriti da ampie finestre e la struttura realizzata in calcestruzzo armato o in acciaio e dotati di ascensori per i collegamenti verticali. E' da qui che successivamente negli anni Venti e Trenta questo nuovo tipo a monoblocco si diffuse in Europa.

³⁹ M. A. Crippa, *Evoluzione dall'ospedale a padiglioni all'ospedale monoblocco o misto nel XX secolo*, in *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009



Vista del monoblocco e della cappella dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda a Milano
(Fonte: AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda, Regione Lombardia, 2009*)

Il vantaggio nell'ospedale a monoblocco era la riduzione dei tempi di percorrenza, inoltre ogni piano di degenza poteva essere dotato delle strutture fondamentali per la diagnosi e la terapia, diventando così un'unità operativa autosufficiente. A questo si aggiungeva poi l'utilizzo di aree di dimensioni non troppo grandi, i costi contenuti di costruzione, anche grazie all'accorpamento di impianti tecnologici,



Cornell Medical Center, New York 1933
(Fonte: Capolongo S., *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano, 2006)

l'articolazione gradevole dei volumi edilizi in aree a parco o giardino, modi di vita ospedaliera ancorati alla scala umana, simile a quella di una unità di vicinato o di quartiere, la stessa che in quegli anni si metteva a fuoco nell'edilizia residenziale, soprattutto popolare.

La differenza, però, che segnò questa tipologia in ambito europeo fu che da subito venne imposta una altezza massima di circa quindici piani, portando ad estendere il complesso ospedaliero comunque in orizzontale. Spesso quindi si articolavano gli ospedali in più blocchi prendendo il nome di "poliblocco", compromesso progettuale tra il tipo a monoblocco e il tipo a padiglioni. L'articolazione dei blocchi poteva essere configurata o a pettine, o a raggiera, o a schema libero, ma a differenza della tipologia a padiglioni essi erano legati tra loro a formare un'unica struttura ospedaliera.

Tale assetto ebbe particolare fortuna in Italia, trovando nell'Ospedale Niguarda, come abbiamo visto, l'esempio più considerevole. Tanto che un decreto legislativo, del 20 luglio 1939, se da una parte affermava decisamente la preferenza per le costruzioni a blocco, per ragioni economiche, dall'altra ne limitava drasticamente la crescita in altezza, riducendo a sette il numero massimo dei piani, prevalentemente a causa dei problemi d'uso di ascensori destinati a collegare troppi reparti, ma anche per motivi psicologici, in quanto i pazienti italiani avevano scarsa abitudine a ritrovarsi isolati a certe altezze.

In particolare in Italia fu l'esplosione delle conseguenze dell'industrializzazione a scala urbana, con la crescita esponenziale delle città, in particolar modo nel nord, che, in ritardo rispetto al resto d'Europa, stimolò ampiamente la diffusione di strutture a monoblocco o a poliblocco, spesso affiancate ai preesistenti e antichi complessi ospedalieri, come dimostrano molti esempi ancora in funzione.

Si ricorda tra gli esempi italiani l'Ospedale di Brescia dell'ingegnere Angelo Bordoni iniziato nel 1934 e costruito in calcestruzzo armato. Esso fu configurato secondo lo schema a grossi blocchi articolati in doppia Y, collegati tra loro da percorsi coperti e disposti attorno a una corte al cui centro era posizionata la chiesa. Il criterio guida richiamava la disposizione a raggiera, che aveva il vantaggio di contrarre le distanze tra i reparti, i servizi e le degenze, garantendo un sistema maggiormente efficiente. Si cita poi invece in ambito europeo l'Ospedale Beaujon di Parigi per la disposizione a pettine dei blocchi che lo compongono.



Vista del corpo di ingresso dell'ospedale di Brescia (Fonte: AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda, Regione Lombardia, 2009*)

Meritevole di attenzione è poi l'Ospedale di San Carlo Borromeo a Milano. Costruito per rispondere all'emergenza derivata dalla carenza di posti letto di tutta la città, il progetto seppe coniugare con sapienza l'esigenza di quantità, nella capacità ricettiva e nella predisposizione dei servizi ad essa connessi, con la qualità dell'architettura. Questo ospedale milanese, inoltre, insieme al Centro Traumatologico ortopedico di Careggi, sorto negli stessi anni nella zona a nord di Firenze, meritano particolare attenzione in quanto riuscirono ad attivare anche un positivo rapporto col territorio circostante, di cui divennero occasione e perno di sviluppo.

Realizzato dall'ingegnere Arturo Braga, la struttura fu concepita a morfologia mista, composta da monoblocco articolato a Y, alto quattordici piani di cui dodici fuori terra, e altri edifici minori compreso un villaggio per l'ospitalità del personale addetto all'ospedale. Tale scelta fu motivata dai progettisti in funzione della riduzione dei costi di esercizio, che permettevano larghezza, ma senza sprechi nei costi di costruzione. L'urbanistica e la disposizione generale degli edifici godevano in questo caso di un disegno generale e di finiture eccellenti, anche perché

elaborate con la collaborazione dello studio professionale di Gio Ponti. Da notare in questo senso l'attivazione di impianti tecnologici moderni, la controllata possibilità di aumentare con sopralzi alcuni degli edifici in ragione del continuo evolvere della scienza medica, il disegno delle aree libere con giardini e filari di alberi molto curati, l'elegante raffinatezza del progetto della cappella realizzata da Gio Ponti.

2.5 L'ospedale fino ai giorni nostri: ospedali a piastra, a torre e a tipologia mista

Dopo gli ospedali a monoblocco e poliblocco, altre tipologie che furono sviluppate dagli anni Trenta e che arrivano fino ai nostri giorni sono: la tipologia a piastra, a torre e a piastra-torre. Molto semplicemente lo sviluppo planimetrico a piastra vede un'espansione in orizzontale delle attività relativamente all'organizzazione e ai percorsi. La struttura a torre, al contrario, si sviluppa in altezza per ridurre l'occupazione del suolo e attraverso l'uso degli ascensori velocizzare il più possibile la comunicazione tra i reparti, la movimentazione delle persone e delle merci e il rapporto tra interno ed esterno.

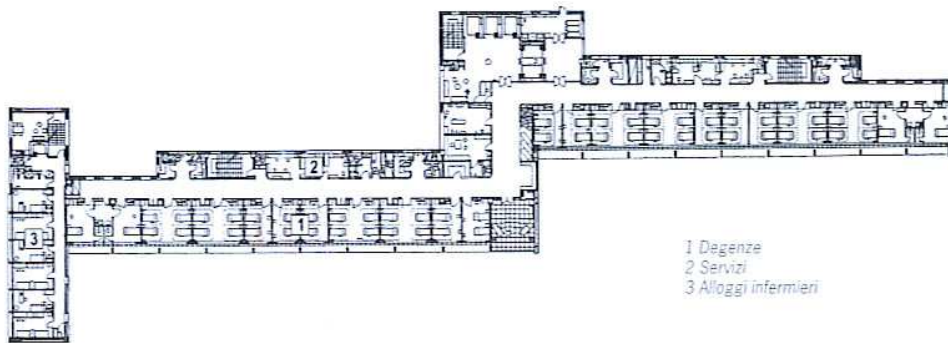
La terza tipologia, a piastra-torre, si configura come la coesione tra le prime due, come si può vedere nell'ospedale francese di Saint Lo. Il vantaggio derivato da questa disposizione planimetrica è dato dal perseguimento di una migliore logica distributiva degli spazi e dei servizi. Secondo tale sistema nel corpo a piastra vengono inseriti i servizi di diagnosi e cura, aperti anche agli utenti giornalieri e che possono essere facilmente raggiunti dall'esterno senza arrecare disturbo ai degenti. Nel corpo a torre, invece, si sviluppano le aree di degenza, distaccate dalle attività diagnostiche e che possono godere di una maggior vista, illuminazione, ventilazione.

Nello specifico, l'ospedale di Saint Lo presenta una piastra a due piani e un corpo a torre che sovrasta di sette piani la piastra. Ogni piano delle zone di degenza è configurato con camere da due a quattro posti letto, da servizi di cura, sale di visita, infermerie, servizi igienici e servizi per la sicurezza e la movimentazione rapida e distinta delle persone e delle cose.

Questo esempio francese risulta di grande interesse in quanto il motore che ha spinto le soluzioni progettuali mostra spunti altamente innovativi che garantiscono la realizzazione di un ospedale flessibile e funzionale a livello igienico, organizzativo e ambientale. Tale rinnovamento tipologico segna come nella contemporaneità, allo stesso modo che in passato, l'edilizia ospedaliera sia chiamata a confrontarsi continuamente con il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica.

Da qui in poi nasce l'ospedale contemporaneo, espressione di un modo di progettare per la salute con il quale siamo chiamati a confrontarci. Lo spazio della

salute sta mutando molto rapidamente, nonostante la forza di una consolidata tradizione e di radicati comportamenti sociali. Il nuovo scenario medico-scientifico degli ultimi decenni, infatti, ha cambiato enormemente le esigenze di salute e cura. Le grandi trasformazioni legate all'ingegneria genetica e alla rivoluzione informatica hanno portato l'esercizio medico a non esaurirsi più nella sola pratica terapeutica, ma a migliorare la fase di prevenzione e di riabilitazione. L'ospedale contrae lo spazio della degenza in favore delle attività diagnostiche che si giovano di complesse e sofisticate attrezzature ipertecnologiche, non perdendo mai di vista il soggetto principale a cui è rivolto: la persona. Nasce un nuovo modello che non solo si distingue dagli ospedali dei secoli passati ma anche da quelli della nostra storia più prossima.



Piano tipo dell'Ospedale di Saint Lo. (Fonte: Capolongo S., Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali, Hoepli, Milano, 2006)

3 IL NUOVO SCENARIO MEDICO-SCIENTIFICO: UNA NUOVA DOMANDA DI SALUTE E CURA

3.1 Le nuove tecnologie di informazione

Il modello di sviluppo della società attuale è rappresentato dalla Società dell'Informazione che si sostituisce a quella del XX secolo, caratterizzata prevalentemente dall'industrialismo, dalla nascita della produzione di massa e dalla diffusa infrastrutturazione del territorio.⁴⁰ Il rapporto tra l'uomo e le nuove tecnologie informatiche, telematiche e multimediali ha comportato, come ben sappiamo, cambiamenti epocali, consentendo all'intelligenza umana di acquisire nuove capacità.

I nuovi scenari che si delineano prefigurano profonde trasformazioni in tutti i settori della società, ma affinché si realizzino tali cambiamenti è necessaria la presenza di nuove infrastrutture. Infatti, analogamente a quanto avvenne nella Società Industriale, che dovette dotarsi di strade, ponti, ferrovie, oggi è necessario che nella città odierna, accanto alle reti tradizionali, elettriche, telefoniche, idriche, si affianchi una nuova tipologia di reti info-telematiche, in grado di costituire un supporto fondamentale per veicolare qualsiasi informazione e servizio.

Grazie a tale supporto il mondo del lavoro deve adeguarsi alle rapide trasformazioni di una società sempre più dinamica. Le principali conseguenze che vediamo costantemente sotto i nostri occhi sono la maggiore flessibilità e l'ottimizzazione dei tempi lavorativi, anche attraverso lo sviluppo del telelavoro e di unità lavorative decentrate connesse sul territorio.

All'interno di questo scenario, anche il settore sanitario sta subendo un radicale rinnovamento. La creazione di reti di comunicazione tra i medici generici, gli specialisti, le strutture di ricerca e gli ospedali, unita alla possibilità di disporre di una straordinaria mole di informazioni di facile reperibilità, permetterà sempre di

⁴⁰ A. Ciaramella, *Marketing territoriale e sviluppo immobiliare*, Il Sole 24 Ore, Milano 2004

più alle aziende sanitarie di attuare significative razionalizzazioni gestionali e all'utente di avere un ruolo sempre più attivo.

Alla luce di ciò, forse i cambiamenti più significativi che troviamo all'interno della struttura ospedaliera del XXI secolo sono proprio quelli legati alla componente impiantistico/gestionale.⁴¹ Infatti, "uno dei primi fenomeni impattanti sull'organizzazione delle strutture ospedaliere derivanti dalle nuove tecnologie è la dilatazione della dimensione impiantistica, che arriva a occupare il 50% della superficie ospedaliera".⁴² L'impiantistica, sia di tipo sanitario che non sanitario, diventa centrale anche all'interno dei costi di costruzione arrivando a rappresentare il 50%-60% dei costi di realizzazione dell'intero complesso ospedaliero. Il concetto di "ospedale cablato" è alla base delle più rilevanti trasformazioni che stanno modificando il modo di vivere e usufruire delle strutture sanitarie: infatti già vediamo come negli ospedali di recente costruzione i dati relativi a ciascun paziente facilmente transitano dalla camera di degenza al laboratorio di analisi, alla mensa, alla farmacia, fino a raggiungere la sala operatoria grazie all'installazione di un network di computer interni strettamente connessi tra di loro. In tal modo "non è il malato che viaggia da turista nell'ospedale, ma sono i servizi che lo raggiungono".⁴³

Ancora più in profondità, l'informatica, attraverso le innumerevoli applicazioni in ambito sanitario, gestione delle prenotazioni, attività diagnostica per immagini, interventi robotizzati, diventa protagonista di una vera e propria rivoluzione nel modo di erogare il servizio sanitario stesso. Infatti, l'impatto delle nuove tecnologie sulla cura e sull'assistenza sanitaria sta portando a una rivoluzione non solo a livello medico-organizzativo, ma anche in maniera più ampia a livello sociale, culturale e territoriale. Infatti, se i principi di cura dei secoli passati, Ottocento e Novecento, tendevano a centralizzare l'assistenza medica, il rinnovamento favorito dalle telecomunicazioni digitali sta creando la possibilità di decentrare le strutture sanitarie e di distribuirle equamente sul territorio.

A conferma di quanto detto, negli ultimi anni si assiste alla diffusione di sperimentazioni tecnologiche che vanno al di là dell'edificio ospedaliero di per sé, per proiettarsi all'interno del territorio, definendo uno scenario innovativo che prende il nome di "telemedicina". Il termine "telemedicina" si riferisce a una modalità di erogare le prestazioni sanitarie nella quale la tecnologia ha un ruolo nevralgico, realizzando sia l'interconnessione digitale tra i presidi sanitari (teleconsulto), sia l'assistenza e la cura sanitaria realizzate per mezzo di strumenti info-tecnologici avanzati. Gli obiettivi, in tal senso, sono l'utilizzo di reti telematiche per il trasporto di dati sanitari e l'affrancamento del percorso terapeutico dalla struttura ospedaliera. I vantaggi che ne derivano sono molteplici e

⁴¹ F. Bombelli, M. L. Del Gatto, *Strutture sanitarie, mercato immobiliare e Facility Management. Strategie gestionali, strumenti finanziari e processi di valorizzazione*, Il Sole 24Ore, Milano, 2006

⁴² P. Mello, *Ospedale ridefinito. Soluzioni e ipotesi a confronto*; Alinea, Firenze, 2000

⁴³ V. Borasi, M. Corgnati, *Costi di gestione, manutenzione e sicurezza nella progettazione degli ospedali nuovi e nell'adeguamento degli esistenti*, Atti del convegno nazionale "L'ospedale del Terzo Millennio", Alba, giugno 2001

riguardano la possibilità di adattamento dell'assistenza sanitaria alle variazioni temporanee di popolazione, la riduzione dei tempi di ricovero dei pazienti, la garanzia di un'efficace e tempestiva assistenza diagnostico-terapeutica, l'incremento della produttività del servizio sanitario, il monitoraggio costante di ogni variazione clinica del paziente, una migliore tutela anche in termini di privacy dell'utente.

“In tale scenario si attua una profonda ‘destrutturazione’ del sistema sanitario, in cui i confini tra i luoghi della medicina di base, l'ospedale, l'ambulatorio e la casa del paziente tendono ad affievolirsi”.⁴⁴ Infatti, attraverso la telemedicina, si attua un abbattimento delle distanze e il superamento delle difficoltà operative determinate dalla disomogenea disseminazione delle risorse sul territorio. I mezzi di telecomunicazione diventano così l'ossatura portante della riorganizzazione globale di tutto il sistema delle strutture sanitarie.

“Con lo sviluppo delle telecomunicazioni avanzate, i *bits* cominciano a operare una trasformazione altrettanto profonda nella progettazione degli ospedali, come a loro tempo fecero i batteri”.⁴⁵ E' necessario, però, tenere presente come l'introduzione di queste nuove forme di cura e assistenza stia modificando radicalmente il rapporto che nei secoli ha legato il medico al paziente, di conseguenza risulta fondamentale mettere in atto precise valutazioni in modo che non venga meno quel contatto diretto che da sempre ha costituito il momento preponderante della fase terapeutica.

3.2 La nascita della medicina odierna

Parallelamente alla grande rivoluzione che hanno generato i nuovi mezzi di informazione, molteplici altri fattori che compongono il panorama sociale, economico, culturale e tecnologico hanno modificato ampiamente le modalità di assistenza andando a configurare in modo diverso gli spazi della salute.

Già dalla seconda metà del XX secolo, il quadro delle esigenze ospedaliere comincia a mutare radicalmente in seguito all'enorme sviluppo che inizia ad avere la tecnologia diagnostica, in campo chimico-analitico e radiologico, e anche la produzione di farmaci, come quelli antibiotici e cortisonici. A partire dagli anni Ottanta, poi, lo sviluppo scientifico ha visto un'ulteriore notevole accelerazione che ha portato allo sviluppo e la differenziazione di molteplici discipline mediche specialistiche. Gli ospedali hanno cominciato a differenziarsi per tipi di cure e il mondo della medicina si è trovato a dover affrontare il conflitto tra l'esigenza di

⁴⁴ F. Bombelli, M. L. Del Gatto, *Strutture sanitarie, mercato immobiliare e Facility Management. Strategie gestionali, strumenti finanziari e processi di valorizzazione*, Il Sole 24Ore, Milano, 2006, pag. XXI

⁴⁵ Idem, pag. XX

continuità di cura dell'ammalato e la necessità invece di operare in contesti altamente specializzati e ad alto contenuto tecnologico.

La nuova medicina si trova ora a confrontarsi, da una parte, con gli sviluppi della tecnologia diagnostica e dell'applicazione dell'informatica nella tecnologia sanitaria; dall'altra, con i progressi collegati alla genetica e alle sue applicazioni in sanità. Il progresso avvenuto all'interno delle discipline legate alla genetica e alle tecnologie biomediche e la loro progressiva introduzione nei sistemi odierni di diagnosi e terapia, ha trasformato notevolmente l'approccio clinico-terapeutico anche in funzione del nuovo scenario demografico ed epidemiologico. Il nostro periodo storico, infatti, vede, da un lato un incremento della popolazione anziana, e dall'altro, il diffondersi di malattie cronico-degenerative e la diminuzione di quelle infettive e acute, proprio anche grazie al miglioramento dei metodi di diagnosi e cura.

Dunque, in primo luogo, le conoscenze sul genoma e sulle applicazioni di diagnostica molecolare, di diagnostica per immagini, e della Information Technology consentono principalmente di intervenire in modo molto più efficace nella prevenzione e nella conoscenza della predisposizione alle malattie e alle diverse cure, configurando una medicina di tipo preventivo e predittivo. Tale predizione consente una concreta prevenzione individuale, intesa sia come tentativo di evitare o rallentare il passaggio da salute a malattia, sia come diagnosi precoce, sia come intervento nella malattia conclamata per contrastare le complicanze. Tutto questo comporterà che gli strumenti diagnostici e terapeutici siano sempre più mirati a interventi di diagnosi precoce, con l'esigenza di ricorrere ai mezzi tecnologici e a spazi sempre più ampi per il loro contenimento all'interno delle strutture ospedaliere, a discapito degli spazi per la degenza, che vedranno una notevole contrazione, in quanto destinati esclusivamente a interventi di cura tardivi e quindi necessariamente più invasivi.⁴⁶

In secondo luogo, ulteriori grandi potenzialità sfruttate dalla nuova medicina sono le possibilità terapeutiche offerte dalla farmaco-genomica, dalla terapia molecolare, dagli sviluppi della chirurgia con la microchirurgia e la chirurgia robotizzata, che permettono di intervenire in modo notevolmente più efficace in fase di cura. Infine, la disciplina medica si avvale delle possibilità offerte da tutto il complesso di interventi che seguono la fase acuta della malattia e costituiscono la fase di riabilitazione e che mettono in luce una gestione del paziente non solo anticipatoria della malattia, ma in larga parte conseguente la cura dello stato di acuzie.

Questo stato di cose mette in luce come la gestione del paziente sia legata soprattutto a un grosso carico di "follow up" che porta a un continuo passaggio di pazienti nella struttura ospedaliera per i cicli continui curativi e riabilitativi, andando a impegnare notevolmente le strutture, il personale e gli apparati tecnologici. Si evince, quindi, che proprio le nuove potenzialità mediche andranno

⁴⁶ P. Orlando, M.L. Cristina, *L'edilizia ospedaliera tra la nuova medicina e il Green Hospital*, in *Diritto alla salute: il nuovo milione della sanità pubblica*, atti del 44° congresso nazionale di Società Italiana di Igiene, iniziative sanitarie edizioni, Roma, 2010

ad aumentare il numero di persone che, anche se non guarite, continuano a convivere con patologie, che richiedono la continuità dell'intervento terapeutico nel tempo, spesso per anni.⁴⁷ Diventa perciò necessaria la completa ridefinizione degli obiettivi ospedalieri. Infatti l'ospedale passa da essere una struttura concepita nel passato di accoglienza e degenza a contenitore altamente tecnologico adibito alla cura di persone prevalentemente sane con ridotta necessità di degenza. Fatto che sta determinando la contrazione dei posti letto, orientando verso un futuro con meno ospedali dotati di pochi posti letto e con tecnologia concentrata in poche grandi strutture.

Non bisogna poi dimenticare come altri cambiamenti sul piano economico, sociale e culturale abbiano trasformato le richieste stesse che vengono fatte nei confronti dell'assistenza medica. Infatti, il diffondersi di un maggior benessere, lo sviluppo di maggior informazione, il cambiamento culturale che ha messo la salute al primo posto tra i valori, l'aumentata consapevolezza dei propri diritti da parte dei pazienti, ha reso molto più elevate le attese da parte della popolazione nei confronti dell'assistenza sanitaria, portando a richiedere una miglior qualità nei servizi e nelle cure offerti. In quest'ottica le pretese dei pazienti si sono ingigantite incrementando aspettative in una medicina sempre più concepita come miracolistica. Viene richiesto un disegno assistenziale costruito intorno al malato e per il malato, caratterizzato da una totale trasparenza dei processi, che va a configurare una medicina personalizzata e partecipata. D'altronde la necessità di una partecipazione consapevole e attiva delle persone, attraverso l'adozione di stili di vita e di comportamenti sanitari virtuosi, risulta necessaria, prima e durante la malattia, al fine di accrescere proprio quel carattere predittivo e preventivo della medicina.

Si vengono, così, a creare due fronti strettamente legati tra di loro. Infatti, se da una parte il paziente riveste di aspettative a volte eccessive una medicina che ancora non può configurarsi come scienza perfetta, nonostante i notevoli sviluppi degli ultimi decenni; dall'altra lo sfrenato uso delle tecnologie ha portato spesso a un'enfasi eccessiva nei confronti delle nuove tecnologie facendo perdere di vista l'uomo. La sfida rivoluzionaria che spetta, allora, all'ospedale è quella di ricercare un equilibrio tra i nuovi apparati tecnologici (la "macchina") che serve a fare diagnosi e terapia, secondo dei sistemi sofisticati ma spesso disumanizzanti, e una struttura che sia accogliente e a misura d'uomo, in modo da poter soddisfare le esigenze del malato in quel particolare momento. In altre parole l'ospedale si deve configurare come il luogo dove si concilia l'aspetto di umanizzazione e centralità della persona con l'aspetto tecnico della macchina.⁴⁸

⁴⁷ Idem

⁴⁸ M. Mauri, *Ospedale in rete e cittadino al centro*, Il Pensiero Scientifico Editore online, 31 marzo 2004

3.3 I concetti di benessere, comfort e umanizzazione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'ambiente viene considerato come un sistema costituito da elementi sia antropici che fisici capaci di condizionare in modo significativo la salute della collettività. Poiché la salute, sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, è quello stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, appare evidente come esista una stretta relazione tra l'uomo, il benessere e l'ambiente, che viene a determinarsi in ogni situazione inserita all'interno di uno spazio confinato. Dunque la qualità dell'ambiente indoor influisce notevolmente sul benessere di ciascun individuo.⁴⁹

Alla luce di ciò, si capisce come le strutture sanitarie, che sono luoghi di cura ma anche di malattia e disagio, necessitino di un'attenta progettazione capace di creare adeguate condizioni di benessere e comfort. Infatti la qualità del servizio erogato da una struttura ospedaliera dipende da molteplici fattori, quali quello sanitario, quello organizzativo, quello strutturale e quello ricettivo; per cui la condizione di benessere ambientale viene determinata dalla qualità strutturale dell'organismo edilizio, da un'attenta progettazione dell'opera, dalla corretta realizzazione e manutenzione del sistema edilizio e infine da un'opportuna gestione del servizio sanitario.⁵⁰

Se l'ospedale è nato come manifestazione di umanità e di carità, si può ben valutare come negli ultimi decenni abbia perduto l'attenzione al rapporto interpersonale, ponendo maggiormente l'attenzione sulla malattia che sulla persona che ne viene colpita, non riuscendo in definitiva ad adattarsi tempestivamente all'evoluzione sociale rispetto a quella tecnologica e scientifica della medicina. A questo, in Italia, si deve aggiungere anche il profondo malessere legato al disordine organizzativo che caratterizza in molte zone la sanità pubblica.⁵¹

Alla luce di ciò, i principali elementi di crisi nel rapporto tra il paziente e l'istituzione ospedaliera che il Tribunale per i diritti del malato aveva già identificato nel 1983 sono: l'interruzione con l'ambiente familiare, la spersonalizzazione dei rapporti umani, l'isolamento psicologico, le cattive condizioni alberghiere. Il concetto di "umanizzazione" invece pone la persona, che sia il paziente o l'operatore, e le sue necessità, al centro del processo di progettazione e di organizzazione degli spazi e tale concetto si esplica concretamente nella qualità progettuale complessiva di tutto il manufatto edilizio, costituendosi come risposta adeguata alle esigenze delle diverse categorie di utenti: pazienti, operatori, visitatori, cittadini.

Per questi motivi negli ultimi anni nei riguardi dell'architettura ospedaliera è stata posta sempre maggiore attenzione a soluzioni progettuali non più solamente imperniate su obiettivi di funzionalità ed efficienza del servizio sanitario, ma in

⁴⁹ S. Capolongo, M. Buffoli, *Qualità e ambiente fisico ospedaliero*, in S. Capolongo, *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano, 2006

⁵⁰ Idem

⁵¹ C. Catananti, A. Cambieri, *L' "umanizzazione" dell'ospedale*, in C. Catananti, A. Cambieri, *Igiene e tecnica ospedaliera*, Il Pensiero scientifico, Roma, 1990

misura maggiore sui concetti di umanizzazione e comfort da offrire ai pazienti, ai visitatori, al personale medico e a quello tecnico-amministrativo. In questo modo diventa di vitale importanza la qualità delle strutture e la definizione degli spazi interni ed esterni.⁵²

La struttura architettonica, infatti, incide profondamente sulla qualità di ricovero e di lavoro in ambito ospedaliero. Sicuramente i progressi degli ultimi decenni nelle tecniche progettuali e costruttive hanno condotto a un miglioramento dell'efficienza e della funzionalità delle strutture, ma non sempre questo è visibile nei tanti ospedali caratterizzati da una considerevole obsolescenza legata all'età dei fabbricati. Infatti, un ulteriore elemento condizionante per un'opportuna umanizzazione delle strutture, è dato dalla vetustà del parco ospedaliero esistente, nonché dai lunghissimi tempi intercorrenti tra la pianificazione iniziale e la realizzazione definitiva sia di un progetto di riqualificazione che di un progetto ex-novo di un manufatto sanitario. Sotto il profilo costruttivo dunque, l'umanizzazione delle strutture di ricovero è maggiormente determinata da problemi di adeguamento, ammodernamento e ristrutturazione dell'esistente; invece, da un punto di vista più propriamente procedurale, la correttezza dei processi di finanziamento e di appalto dei lavori consentirebbe tempi di realizzazione più brevi e maggiormente in sincronia con le esigenze dell'utenza.

A questo si aggiunge il fatto che alla razionalità della costruzione ospedaliera ha corrisposto a volte una minore attenzione per gli aspetti umani dell'ambiente di ricovero. Il "nuovo ospedale", invece, deve essere in grado di conciliare le complessità tecnologiche con la dimensione umana, per offrire agli utenti ambienti salutarì e per creare spazi di lavoro accogliente per gli operatori.

Nello specifico, da un punto di vista architettonico, i principali requisiti da soddisfare sono quelli che riguardano il benessere termoigrometrico, la qualità dell'aria, il benessere acustico, il benessere visivo dato dalla quantità di illuminazione naturale e dalla presenza del colore, il benessere psicologico e il benessere sociale. Il progetto architettonico deve analizzare e valutare gli aspetti compositivi, distributivi e funzionali: rapporti dimensionali, modalità di aggregazione degli spazi e delle funzioni, distribuzione dei percorsi, diversificazione degli accessi, chiarezza distributiva e facilità di orientamento, adeguatezza degli spazi, flessibilità strutturale e funzionale.

Concorrono alla definizione di una più accogliente cornice assistenziale, dunque, i percorsi esterni di accesso all'ospedale, che devono essere comodi e agevoli e dotati di segnaletica direzionale efficiente, nonché la presenza di spazi verdi, che assumono un ruolo importante nel conferire una dimensione umana alla struttura esterna, concorrendo, infatti, in modo non trascurabile a rendere confortevole il soggiorno ospedaliero. Il comfort ambientale degli spazi, poi, è indirizzato a costruire un ambiente a misura d'uomo, in cui siano garantite la privacy, l'accoglienza e l'informazione attraverso un accurato studio di vari

⁵² S. Capolongo, M. Buffoli, *Qualità e ambiente fisico ospedaliero*, in S. Capolongo, *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano, 2006

elementi quali: gli arredi, le finiture, la segnaletica, la separazione funzionale dei percorsi interni, la qualità dei materiali, i colori, la luminosità, la temperatura, la pulizia, l'igiene, l'ergonomia. I materiali di rivestimento utilizzati concorrono a determinare la serenità e l'umanità della struttura sotto il profilo psicologico. Infatti, la scelta del colore, della disposizione, della forma, rispondano, oltre che a oggettive motivazioni tecnico-funzionali, a considerazioni di ordine soggettivo legate alla cura di tutto il progetto ospedaliero. Allo stesso modo, l'architettura degli interni esercita un notevole influsso sulla dimensione psicologica dell'assistenza. Oltre agli spazi della degenza, che dovrebbero essere pensati con un massimo di due posti letto per camera con servizi autonomi, le aree di relazione e di vita sociale possono garantire, nel contesto dell'attività assistenziale, momenti di privacy o di rapporto interpersonale; gli stessi spazi destinati ai servizi commerciali, come bar, edicole, piccoli negozi, usualmente localizzati all'ingresso delle strutture, svolgono un ruolo sempre più importante come elementi di umanizzazione e comfort.

Accanto alla parte più propriamente architettonica e strutturale dell'ospedale risulta necessario, per garantire un servizio assistenziale più "umano", anche la revisione dell'organizzazione interna. Infatti, esistono aspetti non immediatamente tangibili ma non per questo trascurabili per assicurare un adeguato comfort degli ospedali. Un esempio è la dimensione temporale. L'ospedalizzazione rappresenta un evento traumatico nella vita di un paziente, e anche per questo la sua durata deve limitarsi allo stretto indispensabile. Sotto questo profilo concorre anche l'interesse più generale del sistema sanitario, tendente oggi più che mai a ottimizzare l'utilizzazione delle strutture incrementandone l'efficacia. A tal fine è indispensabile agire sull'organizzazione, evitando il più possibile ritardi e disservizi dovuti a problemi di personale, sia in termini quantitativi che gestionali, alla mancanza di un controllo obiettivo sulle richieste di prestazioni e alla mancanza di una presa in carico globale del paziente da parte del curante.⁵³

Un altro elemento organizzativo di rilievo per l'umanizzazione del ricovero ospedaliero è rappresentato dalla componente informativa. L'importanza dell'informazione riguarda sia la comunicazione di tutti gli elementi di conoscenza riguardo il decorso della malattia in modo totalmente trasparente, sia le notizie necessarie circa il funzionamento della struttura di cui il paziente è temporaneamente ospite. Queste ultime informazioni di carattere orientativo, costituite da spiegazioni degli aspetti normativi e regolamentari della vita ospedaliera, consentono di accogliere il malato e normalizzare la permanenza all'interno della struttura.⁵⁴

Infine, un ultimo elemento di grande importanza per la creazione di un ospedale a misura d'uomo è la formazione del personale. Il ruolo degli operatori sanitari non può fermarsi all'aspetto più propriamente tecnico, ma a questo deve accompagnarsi un'attenzione del tutto particolare agli aspetti psicologici che intervengono nel

⁵³ C. Catananti, A. Cambieri, *L' "umanizzazione" dell'ospedale*, in C. Catananti, A. Cambieri, *Igiene e tecnica ospedaliera*, Il Pensiero scientifico, Roma, 1990

⁵⁴ Idem

processo assistenziale e che assumono un ruolo di primo piano nella qualità complessiva delle cure. Sotto questo aspetto, i pazienti sono stati a lungo considerati come elementi “passivi” dell’assistenza sanitaria, la preparazione adeguata del personale, al contrario, deve indirizzarsi al coinvolgimento attivo del paziente in tutti gli aspetti della malattia e della cura, privilegiando le valenze umane dei rapporti interpersonali.⁵⁵

In conclusione, si può sostenere il paziente intervenendo sull’ambiente sia per la prevenzione che per la cura della malattia, agendo sugli elementi di benessere, sulla configurazione spaziale e sul grado di interdipendenza lasciato agli individui. Occorrono in tal senso precisi principi di progettazione e gestione dello spazio ospedaliero in grado di associare all’uomo contemporaneo spazi fisici adeguati. La mancanza dei requisiti psicologici e “umani” deriva spesso, infatti, da una carenza a monte di tali obiettivi, anche da parte degli stessi operatori sanitari che ne assumono la gestione sotto il profilo clinico e igienico-organizzativo.⁵⁶

D’altra parte, l’adeguamento dell’ospedale alle esigenze umane è la base necessaria e indispensabile che le istituzioni sanitarie pubbliche devono garantire al paziente, corrispondendo tali interventi in via definitiva al normale e adeguato funzionamento delle strutture ospedaliere.

Se non altro, l’elevata attenzione all’umanizzazione dei luoghi di cura è una delle sfide più affascinanti dei nuovi modelli sanitari, che consente di misurare il grado di civiltà di una società attraverso la cultura dell’ospedalizzazione che ha elaborato.

3.4 Il nuovo modello ospedaliero

Alla luce di quanto detto nel corso del capitolo, appare evidente come i cambiamenti avvenuti nella medicina, nella cultura e nella società abbiano necessariamente portato a una nuova formulazione del modello ospedaliero.

Nel corso degli ultimi decenni si è passati progressivamente dal concetto di ospedale come luogo di asilo e assistenza a quello di una struttura ad alto contenuto tecnologico-scientifico e di grande capacità organizzativa, capace di offrire un vasto numero di prestazioni fortemente differenziate e concentrate in ridotti archi di tempo. L’ospedale contemporaneo, infatti, si costituisce come polo scientifico e tecnologico adibito sia alla diagnosi che alla cura, alla prevenzione e allo studio, alla specializzazione e alla ricerca. In quest’ottica la struttura ospedaliera deve essere vista come una risorsa da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario e deve essere ideato e organizzato ponendo al centro il paziente, con la sua esigenza di cura e i suoi bisogni di assistenza. La progressiva

⁵⁵ Idem

⁵⁶ Idem

riduzione della degenza determina la rilevante riduzione dei posti letto per acuti e il marcato incremento delle prestazioni ambulatoriali, di day-hospital e day-surgery; dunque il parametro di riferimento per il dimensionamento dell'ospedale non sarà più unicamente il posto letto bensì il numero delle prestazioni erogabili.

I molti fattori di novità in atto hanno evocato in estrema sintesi la necessità di una nuova attenzione all'edilizia ospedaliera; questa variabile, per anni tenuta da parte dalle esigenze economiche e tecnologiche, sta tornando alla ribalta, cominciando a essere analizzati, come si è visto, il modello distributivo e organizzativo, l'immagine, l'ambiente, la qualità degli spazi.⁵⁷

Lo studio delle trasformazioni che stanno mutando la fisionomia dell'ospedale ha portato il Ministero della Salute, con il supporto di un'équipe di esperti, a tracciare alcune linee guida per la progettazione degli ospedali contemporanei. Tale ricerca fornisce dieci principi fondamentali sulle caratteristiche che deve avere un ospedale, nonché alcuni schemi funzionali e parametri di riferimento che sono sintetizzati nel meta-progetto del Nuovo Modello di Ospedale.

La proposta progettuale del Nuovo Modello di Ospedale presentato a Roma il 21 marzo 2001 dall'allora ministro della sanità Umberto Veronesi e dall'architetto Renzo Piano nasce da un prolungato confronto multidisciplinare. Esso delinea una struttura per acuti ed è concepito come sistema complesso plurifunzionale, costituendosi come organismo edilizio ad alto contenuto tecnologico e assistenziale; luogo dell'abitare preposto e dedicato alla cura e all'assistenza, alla diagnosi e alla terapia, alla ricerca e alla formazione; centro di una rete sanitaria, integrato con i servizi territoriali di base, specialistici, assistenziali e sociali.

I "dieci principi informativi" di indirizzo, messi a punto dalla Commissione di studio per la definizione sperimentale del modello organizzativo, distributivo e tecnologico, sono rispondenti alle finalità che la missione ospedaliera si pone. Interrelati tra loro, tali principi costituiscono elementi innovativi e pre-requisiti della proposta progettuale.

Il primo principio fondamentale è l'umanizzazione, per cui la progettazione architettonica, come si è visto nel paragrafo precedente, deve scaturire in funzione della centralità della persona quale fruitore del luogo e del servizio. Il progetto, dunque, deve essere impostato ai principi ergonomici di corretta interazione tra uomo-organismo edilizio-ambiente, nonché essere tradotto nella corretta interazione tra operatore sanitario-tecnologia-ambiente-degente. Questo si concretizza attraverso un ambiente a misura d'uomo, pensato per trasmettere familiarità, accoglienza e affidabilità e comunicare comfort ambientale, psichico, fisico a pazienti, medici, operatori sanitari, tecnici e visitatori.

Il secondo principio è l'urbanità. L'ospedale è da sempre stato percepito come luogo chiuso in sé stesso e disarticolato dalla città, come cittadella a sé stante all'interno del nucleo urbano. Ora si richiede un ospedale pensato come struttura

⁵⁷ M.A. Crippa, *L'ospedale tra passato e futuro: mutamenti morfologici, rapporto con il territorio, centralità della persona*, in *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009

aperta, collegata funzionalmente con la rete dei servizi sanitari territoriali del quartiere, con la città e con i cittadini. In quest'ottica l'articolazione dei percorsi e degli spazi pubblici deve rendere l'ospedale parte integrante della città, contrastando l'immagine e la percezione di isolamento degli edifici ospedalieri, e divenire luogo accogliente per il cittadino che necessita di assistenza e cura ma anche per chi va a fargli visita o per chi semplicemente vuole percorrere l'area per spostarsi da un luogo all'altra della città. Questa nuova strutturazione consente di rispondere anche al principio di umanizzazione in quanto l'ambiente ospedaliero può diventare uno spazio sociale aperto alla città dove, attraverso spazi riservati alla ristorazione e ai negozi, le persone si possono recare anche per svago e acquisti; questo aiuterebbe a diminuire la sensazione di isolamento e di tensione psicologica e consentirebbe di intrattenere rapporti positivi con la cittadinanza, favorendo la comunicazione tra interno ed esterno e dunque la creazione di un'opinione pubblica positiva e propositiva. Per rispondere a questo obiettivo la struttura ospedaliera deve essere composta da aree a diverso grado di protezione e accessibilità. Bisogna considerare, anche, che all'interno del nucleo urbano gli ospedali di tale tipologia necessitano di aree estese e pertanto o si costruiscono nella vicina periferia dei centri urbani, creando poi collegamenti altamente fruibili sia in condizioni normali, che di emergenza, o usufruendo di grandi strutture cittadine da riqualificare, come aree industriali o di servizio dismesse.

Altro principio strettamente correlato con i primi due è quello della socialità. L'ospedale secondo tale principio deve essere configurato come luogo della riscoperta dei valori di interdipendenza e socialità. Questo si potrà realizzare quando i cittadini cominceranno a individuare la struttura ospedaliera quale area adibita a molteplici servizi di utilità sociale; e per farlo è necessario mettere in atto l'integrazione con il contesto socio-culturale di appartenenza e con le attività perisanitarie, come gli esercizi commerciali e di ristorazione, le attività culturali e di intrattenimento, i servizi ricettivi e gli spazi per le associazioni di assistenza sociale e di volontariato.

Il principio di organizzazione risulta, poi, di estrema rilevanza per la configurazione funzionale del modello ospedaliero. I concetti di efficienza, efficacia e benessere diventano gli obiettivi da perseguire attraverso il superamento della suddivisione funzionale e la determinazione di un'organizzazione attuata per processi. Infatti viene ricercata un'ottimizzazione delle risorse che consente di perseguire l'altissima qualità dei servizi erogati. A tal fine viene proposto un modello ospedaliero dipartimentale che tende a condividere gli obiettivi lavorativi di personale che afferisce a discipline e professionalità diverse. Infatti l'organizzazione ospedaliera permette una maggior efficienza nell'uso delle risorse attraverso forme di aggregazione di singole unità operative, con un approccio interdisciplinare e multi professionale in aree omogenee e dipartimenti strutturali e funzionali, trasformando le diverse unità isolate a realtà integrate tra di loro. Si supera, così, un modello strutturato sulle limitazioni di rigide compartimentazioni per evolversi verso un'impostazione organizzativa configurata per aree omogenee di cura, con modulazioni operative nelle quali i medici e gli infermieri operano in

rete e in sinergia, applicando protocolli diagnostici e terapeutici definiti e condivisi, permettendo anche di dare risposte migliori e più rapide all'utente. D'altra parte, la professionalità del personale porta all'efficacia, la corretta gestione porta all'efficienza, l'accoglienza, la cortesia e il senso di sicurezza portano al benessere.

Il quinto principio è l'interattività. Viene superata la tradizionale visione ospedalocentrica, nella quale il nucleo ospedaliero era punto di riferimento univoco sul territorio e in stretto ma assoluto rapporto con la comunità in cui inserito. Il nuovo modello di ospedale richiede una completa e continua assistenza agli utenti, dislocando la maggior parte delle cure e delle diagnosi che non prevedono ricovero in ambulatori e presidi localizzati su tutto il territorio. Questa progressiva sottrazione di funzioni, anche improprie, dall'ospedale permette di trasferire altrove un segmento significativo del percorso sanitario-assistenziale, imponendo la collaborazione tra le strutture sul territorio e quelle di ricovero, in modo che operino in sinergia tra loro e a favore del cittadino sia singolo sia riunito nella collettività. In questo modo si riesce a svincolare il nucleo ospedaliero, adibito all'erogazione di servizi complessi e integrati, da tutte quelle funzioni maggiormente di base che andrebbero ad assorbire inutilmente le risorse. Si viene a costituire una rete di servizi spalmata sul territorio, dove l'ospedale si configura come nodo fondamentale, in cui c'è un coinvolgimento di tutti gli operatori e le risorse. Per permettere tutto questo, come si è precedentemente spiegato, la rete sanitaria si avvale delle nuove disponibilità offerte dalle tecnologie dell'informazione: sistemi Internet e Intranet e la telemedicina che consentono l'interattività e il facile passaggio delle informazioni da un nodo all'altro della rete.

Il principio di appropriatezza indirizza verso una gestione delle prestazioni erogate basata sulla reale necessità. L'appropriatezza delle cure, dunque, deve essere garantita in relazione all'effettivo bisogno del tipo di terapia, dei tempi e delle modalità di degenza che ciascun caso richiede. Diventa fondamentale il corretto dimensionamento tra i diversi servizi, incentrato sul numero delle prestazioni erogabili e non sul numero dei posti letto. Per perseguire questi criteri le degenze vengono differenziate in base all'intensità di cura e alla tipologia di assistenza richiesta: terapie intensive, alto grado di assistenza, basso grado di assistenza, degenze solo diurne. Il basso grado di assistenza viene affidato ai servizi specialistici ambulatoriali, e alle strutture territoriali per la "presa in carico" del paziente, secondo l'appropriatezza del luogo e delle modalità di erogazione della cura. In quest'ottica, come si è appena visto, in sostituzione di unità operative articolate secondo patologie d'organo e di apparato, nascono strutture organizzative dipartimentali in grado di ottimizzare l'assistenza, con riduzione della permanenza dei pazienti in ospedale allo stretto necessario, con successivo affidamento alla specialistica ambulatoriale e alle cure primarie. Si può dunque configurare una struttura ospedaliera di dimensioni contenute, ma con possibilità di servire una grande area geografica.

L'ospedale viene quindi pensato per due tipologie di utilizzo: per intervenire sulle emergenze-urgenze per cui il nucleo ospedaliero rimane il punto cruciale di intervento e per svolgere la diagnostica precoce, prima che la malattia si manifesti

compiutamente, o per intervenire precocemente prima che i danni della patologia si possano manifestare in modo grave. Gli interventi terapeutici nel primo caso richiedono la disponibilità di tecnologia e di un'organizzazione sanitaria complessa e la necessità di un sistema di degenza con pazienti monitorati. Gli interventi terapeutici nel secondo caso, invece, necessitano di alta tecnologia di diagnosi e cura con scarsa necessità di ricovero ma con ripetuti accessi alla struttura. Per attuare questa seconda tipologia di interventi viene fornita un'assistenza sanitaria cosiddetta in day-hospital e day-surgery, intermedia tra l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale. Essa si configura come un ricovero a tempo parziale, rivolgendosi a una tipologia di pazienti che richiedono prestazioni, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche e che rispecchiano condizioni fisiche e psichiche che consentono il rientro a casa per le ore notturne. I vantaggi che se ne ricavano sono, su un piano economico, l'eliminazione delle spese alberghiere, sul piano più propriamente umano e gestionale, la possibilità per i malati di continuare a svolgere una vita sociale di normalità e l'immediatezza dei risultati delle analisi.

Il principio di affidabilità deve caratterizzare sia il servizio sanitario erogato sia le caratteristiche strutturali degli ospedali. Infatti, la fiducia nei confronti di una struttura sanitaria nasce sia da una reale affidabilità dei servizi erogati, garantita dalla sicurezza e dalla tranquillità riscontrabili nella professionalità e nella capacità diagnostico-terapeutica, sia dalla presenza di sicurezza e igiene a livello di strutture, apparecchiature, impianti e ambiente. Inoltre da un punto di vista economico-gestionale l'affidabilità si confronta con una gestione semplificata che permette il mantenimento dei costi e la durata della struttura nel tempo. I requisiti di sicurezza e igiene devono essere garantiti attraverso l'eliminazione di ogni possibile fattore di rischio, che passa dall'attenta verifica delle nuove tecnologie curative ma anche dell'impiego dei nuovi materiali. Tale valutazione è tesa all'eliminazione del rischio sia all'interno della struttura per i pazienti, gli operatori e i visitatori, sia all'esterno a causa delle possibili emissioni di rifiuti e radiazioni utilizzate a scopo diagnostico e terapeutico, annullando il più possibile quello che può essere l'impatto ambientale. Infatti risulta di assoluta preminenza l'idea che l'ospedale, in quanto luogo per eccellenza di cura e recupero della salute, ha un'insita responsabilità etica di non arrecare danno. In relazione a questo principio diventa di grande importanza osservare e attuare nella realizzazione dell'ospedale, e prima ancora nella sua progettazione, un approccio ambientale che individui e controlli i punti critici che possono condizionare sia l'ambiente interno che quello esterno. Non è trascurabile che l'assoluto rispetto per l'ambiente *in toto* e la massima attenzione alla conservazione della sua qualità, sia una risorsa per la salute degli utenti interni alla struttura ma anche per i cittadini che vivono intorno all'ospedale. Questo approccio consente di raggiungere un beneficio non solo per l'ospedale in sé come miglioramento dell'ambiente di vita e di lavoro, ma anche per tutta la comunità, attraverso l'abbattimento dell'inquinamento acustico all'interno e la riduzione del carico di inquinanti prodotti e immessi nell'intorno. A medio-lungo termine tale approccio consente di ottenere effetti positivi sia sul contenimento dei costi, sia sul benessere e sul comfort degli utenti e dei cittadini in

generale, concependo il concetto di umanizzazione in un panorama più ampio che prende in considerazione tutto il contesto di riferimento, per poter dare salute a tutta la comunità a cui l'ospedale si rivolge.

Il modello, poi, prende in considerazione come principio rilevante per la strutturazione dell'ospedale contemporaneo l'idea di innovazione. L'ospedale contemporaneo, infatti, è sottoposto a continue innovazioni di carattere strutturale e organizzativo nei confronti delle quali deve costantemente adeguarsi. Ciò che viene richiesto dunque è una completa versatilità e trasformabilità dell'organismo edilizio per permettere l'adeguamento organizzativo, il rinnovamento diagnostico, terapeutico e tecnologico oltre ai progressivi adattamenti strutturali di modifica, crescita e ridistribuzione degli spazi. Il requisito di flessibilità in termini generali deve essere soddisfatto nelle fasi di progettazione, mediante la flessibilità organizzativa, procedurale e gestionale; nella fase di costruzione, attraverso la flessibilità strutturale, tecnologica e tipologica, e infine nella fase di gestione, considerando la flessibilità gestionale ed economica. Da un punto di vista costruttivo, questo comporta la scelta di modelli architettonici che consentono la facile trasformazione degli spazi attraverso il montaggio e lo smontaggio, lo spostamento e l'aggiunta di elementi, preferibilmente a secco per velocizzare e rendere meno invasive le operazioni di adattamento, riducendo il rumore e la produzione di detriti. La struttura ospedaliera deve essere in grado di rispondere in modo rapido e continuo alle esigenze della scienza medica in costante evoluzione conservando, però, l'integrità dei caratteri nell'impianto strutturale e formale dell'organismo. A tal fine, le nuove strutture vedono la separazione degli spazi destinati alla cura rispetto a quelli di ricovero, le degenze; inoltre, sono strutturate per intensità di cura, e una grande attenzione è posta alle logiche di distribuzione interna, nell'ottica di uno spazio contenitore di flussi, che deve essere in grado di adattarsi alle trasformazioni nell'organizzazione del lavoro e nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria.

Il nono principio del decalogo punta alla ricerca come requisito indispensabile per un ospedale al passo con l'innovazione. L'ospedale oltre a essere luogo di assistenza deve costituirsi come luogo di creazione e trasferimento del sapere medico-scientifico. Nelle strutture ospedaliere complesse, in particolare in quelle universitarie, l'assistenza diventa inscindibile dalla didattica e dalla ricerca scientifica, diventando poli di sviluppo di cultura sanitaria, didattica e aggiornamento professionale per gli operatori ma anche per la collettività in genere. Solo attraverso un costante approfondimento intellettuale e un'attività di ricerca clinica ed epidemiologica integrata e in collaborazione con le altre strutture esterne, l'ospedale può favorire al suo interno la crescita e l'innovazione. Pertanto esso si dovrà configurare con luoghi attrezzati per la ricerca sostenuta e supportata da adeguati sistemi informatici.

Infine, l'ultimo principio, che scaturisce direttamente dal precedente, è quello della formazione. All'interno dell'ospedale l'area per la formazione e la didattica assume rilevanza dimensionale e un'articolazione sempre maggiore, in quanto la formazione costituisce un ponte tra interno ed esterno, permettendo al nucleo

ospedaliero di aprirsi alla città. Infatti l'aggiornamento continuo di medici, infermieri, tecnici, assistenti, impiegati e operatori consente di avere sempre personale adeguatamente preparato all'evoluzione tecnologica e professionale e dunque in grado di attuare processi chiari e adeguati di educazione sanitaria al cittadino.

Tutti questi principi si riversano nella progettazione ospedaliera creando modelli completamente innovativi, come risulta anche nel Programma di Ricerca del Ministero della Salute "Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e la gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza", che prende le mosse proprio dal lavoro della Commissione ministeriale del 2001.

Gli aspetti medici, terapeutici, riabilitativi e gestionali che si sono diffusi influenzano la tipologia ospedaliera che vediamo caratterizzata da processi di semplificazione e compattazione organizzativa e gestionale che a livello spaziale comportano la riduzione della superficie costruita. Il fenomeno del contenimento dimensionale delle strutture ospedaliere è dovuto anche alla diffusione di pratiche terapeutiche che, come si è visto, permettono di ridurre le giornate di ricovero e conseguentemente, grazie a una maggiore turnazione dei posti letto, di contrarre lo spazio destinato alla degenza. A sua volta la contrazione dello spazio della degenza porta a una minore necessità di posti letto, in favore di nuovi spazi per le tecnologie e per forme assistenziali alternative che necessitano di un arco limitato di tempo.

L'assetto distributivo delle nuove strutture è caratterizzato dall'articolazione in aree funzionali interconnesse, organizzate in base alle esigenze di correlazione tra i servizi che le compongono, per poli e dipartimenti, assicurando l'ottimizzazione delle risorse.

Alla luce di ciò, la logica spaziale e distributiva prevede la combinazione di tre elementi fondamentali. Nel nucleo fisico e funzionale della struttura si trova la piastra tecnologica distinta in due aree tecniche diverse, di cui la prima viene definita "leggera" in quanto facilmente accessibile e adatta a tutti gli interventi chirurgici che non necessitano di anestesia, mentre la seconda in stretta relazione con la prima viene definita "pesante". Quest'ultima comprende il blocco operatorio, le urgenze, la rianimazione e le sale per tutti gli interventi chirurgici attuati in anestesia. Come si vede, la piastra è destinata a tutte le attività diagnostiche e interventistiche e dove si centralizzano le principali tecnologie. Completa il quadro una terza area che è costituita dagli spazi per le funzioni alberghiere e ricettive.

Le strutture ospedaliere devono, poi, essere configurate all'interno del contesto urbano garantendo un'adeguata accessibilità, sia per quanto riguarda la mobilità pubblica e privata sia per quanto riguarda la disponibilità di aree di sosta. Allo stesso modo i percorsi interni orizzontali e verticali devono essere oggetto di un'attenta progettazione per permettere una facile e veloce distribuzione tra le aree dipartimentali e tra le aree di particolare rilievo, e assicurare il rispetto della funzionalità ospedaliera e delle norme dettate dall'igiene. Come precedentemente detto, l'integrazione con la città deve portare nella fase di progettazione a garantire il rispetto delle funzioni già presenti nel quadrante urbano e degli interventi in esso

previsti. In questo modo lo spazio pubblico limitrofo all'ospedale può divenire tramite di connessione con la città, spazio di attraversamento e di incontro. All'interno di queste aree l'utilizzo del verde diviene elemento fondamentale per caratterizzare percorsi, giardini e aree di relazione, contribuendo a migliorare la qualità ambientale e a integrare l'isolato ospedaliero con la città.

All'interno della rete sanitaria, il modello di ospedale così concepito si configura come nodo fondamentale ad alta specializzazione, adibito alla gestione di tutte le esigenze di cura e in grado di offrire tutte le specialità di eccellenze. A fianco a questi poli per acuti vi sono poi le strutture intermedie per la media e bassa assistenza, diversificate in base alla tipologia delle prestazioni territoriali (Ospedale di Distretto, Ospedale Diurno, Ospedalizzazione domiciliare, Istituti per la riabilitazione, Ospedale per lungodegenti, Residenze Socio Assistenziali); da ultimo vi sono anche i poliambulatori che erogano prestazioni finalizzate alla prevenzione delle malattie.

Come si può ben capire tutte queste trasformazioni hanno grandi implicazioni sulla gestione del parco ospedaliero esistente. Il rapido e costante sviluppo medico-scientifico e assistenziale richiede un continuo aggiornamento dei modelli tipologici e una continua trasformazione delle strutture ospedaliere, che per assurdo nascono già "vecchie", come dimostra l'analisi di molti dei più recenti progetti in campo sanitario. Il patrimonio ospedaliero a nostra disposizione non aiuta; nonostante la sua estrema importanza a livello storico, esso spesso e volentieri non riesce più a tenere il passo con le trasformazioni in atto e a rispondere alle esigenze diagnostiche e terapeutiche così come in questo capitolo sono state descritte.

Purtroppo, come verrà evidenziato nel prossimo capitolo, la maggior parte delle strutture sanitarie a nostra disposizione sono piuttosto vetuste, influenzando notevolmente i processi di adeguamento edilizio, organizzativo e della sicurezza. Infatti la situazione attuale degli ospedali e la loro organizzazione non favoriscono una gestione innovativa, efficace ed efficiente dei servizi sanitari e non permettono di garantire quella alta qualità delle cure oggi indispensabile per soddisfare un'attesa di salute più complessa, diversificata e consapevole.

Risulta dunque urgente intervenire in questo settore di vitale importanza per il Servizio Sanitario Nazionale, sia prevedendo la realizzazione di nuove strutture, con l'introduzione di nuovi modelli realizzativi e gestionali, sia riqualificando quando possibile le strutture esistenti.

4 CENNI AL PANORAMA SANITARIO ITALIANO

4.1 Lo scenario nazionale e l'offerta sanitaria

A fronte dei grandi successi e delle enormi possibilità che l'evoluzione della scienza ha messo a disposizione, i paesi economicamente avanzati si trovano a dover far fronte a diverse problematiche che mettono in crisi l'ordine sanitario, sia sul piano organizzativo che economico. Infatti, tutti i paesi si trovano nella situazione di dover affrontare, da un lato, una situazione di crescente incertezza derivata dalla sempre minore disponibilità di risorse, e, dall'altro lato, la necessità di profonde ristrutturazioni del settore sanitario, caratterizzato da elevata complessità e variabilità in ogni fase del processo, dalla produzione all'erogazione e al consumo delle prestazioni. Infatti sono numerosi i paesi economicamente evoluti che hanno avviato negli ultimi anni riforme più o meno radicali in campo sanitario. L'obiettivo principale che sta alla base di tutte le riforme sanitarie europee è il contenimento della spesa sanitaria pubblica che negli ultimi anni è andata aumentando e che nei vari paesi oscilla tra il 6% e il 10% del PIL (Prodotto Interno Lordo). I motivi che stanno alla base di questo fenomeno sono molteplici. Dalla parte dell'offerta, l'elevata influenza data dall'innovazione tecnologica nel settore sanitario; dalla parte della domanda, invece, la diffusione di un maggior benessere tra la popolazione, che ha condotto alla necessità di una personalizzazione sempre più accentuata dei servizi e alla richiesta di standard qualitativi di salute e comfort. Tutti questi fattori hanno portato a un notevole incremento dei costi che il Servizio Sanitario Nazionale deve supportare.⁵⁸ Nonostante sia da sottolineare come l'aumento delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale sia andato anche nella direzione di una maggiore e diffusa salute pubblica.

⁵⁸ Bombelli F., Del Gatto M.L., *Strutture sanitarie, mercato immobiliare e Facility Management. Strategie gestionali, strumenti finanziari e processi di valorizzazione*, Il Sole 24Ore, Milano, 2006

In conseguenza di ciò, gli Stati si trovano a dover ridefinire le proprie strategie di politica sanitaria, creando nuovi modelli gestionali e organizzativi, promuovendo un rinnovato impegno nella ricerca, e reperendo forme di finanziamento innovative. Ci si indirizza verso una razionalizzazione del sistema sanitario che vede l'adeguamento dell'offerta sanitaria a una domanda sempre più esigente, per la quale le Aziende Sanitarie mettono in moto strategie che puntano al miglioramento dell'efficienza dei servizi unita a una crescente attenzione alla qualità erogata.

Ovviamente anche il Sistema Sanità in Italia ha iniziato, a partire dalla metà degli anni Novanta, un periodo di transizione e di profonda riorganizzazione che ha visto la riforma del Sistema Sanitario Nazionale e del quadro legislativo di riferimento. I principali fattori che impongono tale cambiamento sono: la rapida trasformazione della struttura demografica della popolazione, con un costante incremento della popolazione anziana, che ha modificato in maniera sostanziale le esigenze sanitarie, sempre più rivolte alla cura e all'assistenza delle malattie croniche; la necessità di rinnovamento del patrimonio immobiliare sanitario nazionale, che a causa della sua vetustà non riesce a rispondere alle nuove esigenze; la mancanza di risorse economiche pubbliche da investire per attuare il rinnovamento della rete ospedaliera; l'esigenza di migliorare i processi gestionali delle strutture sanitarie al fine di ridurre i costi incrementando al contempo la qualità e l'efficienza del servizio erogato. La sfida che si presenta, dunque, vede, da una parte, il contenimento della spesa sanitaria; dall'altra, l'incremento della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni erogate, aumentandone la produttività.

Seppur la spesa sanitaria italiana risulta essere tra le più basse in Europa, il trend di crescita, pur se a fasi alterne, risulta in costante aumento. Dagli anni Novanta ad oggi si è avuto un incremento del 5,5% con un'incidenza sul PIL che è passata dal 7% circa (di cui il 6% di spesa pubblica) al 9% (di cui il 6,7% di spesa pubblica).⁵⁹ Lo scenario che ne deriva ha condotto a una profonda trasformazione del sistema sanitario, riconducibile in termini legislativi al D. Lgs 502/1992 e al D. Lgs 517/1993 che hanno avviato il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie e il passaggio dalle USL (Unità Sanitarie Locali) in ASL (Aziende Sanitarie Locali), introducendo profonde trasformazioni organizzative e gestionali nel comparto sanitario. L'aziendalizzazione ha modificato i criteri alla base dell'attività sanitaria che, pur mantenendo l'obiettivo della pubblica utilità, dovrà essere conformata alle logiche di tipo privatistico della flessibilità e della competitività tra le diverse strutture. In quest'ottica le organizzazioni sanitarie pubbliche tenderanno a un miglioramento qualitativo e quantitativo della propria offerta di servizi puntando al contempo a una razionalizzazione e a un

⁵⁹ Cfr: F. Lega, M. Mauri, A. Prenestini, *L'Ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Egea, Milano 2010

contenimento della spesa.⁶⁰ Questo dovrebbe garantire un migliore utilizzo delle risorse pubbliche, ma si capisce come esista una forte incongruenza tra l'esigenza di garantire salute, che è un elemento prioritario a cui non si può dare un prezzo, e la necessità di ridurre i costi e le risorse.

All'interno di questo quadro, ciò che ha maggiormente modificato i processi gestionali e organizzativi è stato il cambiamento avvenuto nei criteri di finanziamento dell'attività ospedaliera. In passato, infatti, tali criteri erano fondati su parametri quali l'indice di occupazione dei posti letto, l'indice di rotazione e la durata della degenza media. L'obiettivo, dunque, era quello di garantire la massima occupazione di posti letto, mentre i concetti di efficienza ed efficacia non avevano grande rilevanza. Questo sistema di criteri è rimasto fino a che la conoscenza medica permetteva limitate possibilità di intervento diagnostico e terapeutico, comportando un'omogeneità nelle pratiche di assistenza e cura. Evolutosi il panorama medico-scientifico, oggi nella valutazione dell'attività di una struttura sanitaria ciò che viene preso in considerazione è la complessità delle patologie, le strategie diagnostiche e terapeutiche utilizzate, la dotazione tecnologica e l'efficienza operativa della struttura. Questo significa che ogni Azienda Ospedaliera per aumentare il proprio fatturato deve far ruotare il più velocemente possibile i posti letto e, dunque, ridurre la permanenza in ospedale del paziente. A livello operativo, è andato configurandosi un nuovo sistema di finanziamento della sanità fondato sulla "prestazione": il *Diagnosis Related Group* (DRG). Tale sistema, introdotto sempre dai Decreti Legislativi prima citati, prevede che le prestazioni delle aziende sanitarie siano retribuite dalle Regioni secondo tariffe stabilite a priori.⁶¹

Inoltre, un altro grande cambiamento introdotto dai D.Lgs 502/1992 e 517/1993, è stato il sistema di accreditamento, che determina le strutture sanitarie idonee a erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale. La normativa sull'accREDITAMENTO (D.P.R. 14 gennaio 1997) fissa dei parametri qualitativi di riferimento, che rappresentano l'insieme dei requisiti che le strutture autorizzate pubbliche o private devono possedere per operare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e ottenere il finanziamento pubblico. L'accREDITAMENTO è finalizzato a incrementare la qualità del servizio sanitario.

All'interno del panorama sanitario italiano, un altro importante momento di evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale è stata la modifica del titolo V della Costituzione, attraverso la legge costituzionale 3 del 2001, con la determinazione della sanità materia di legislazione concorrente e dunque il trasferimento della potestà legislativa in questo campo alle Regioni. Il decentramento dei poteri dallo

⁶⁰ Bombelli F., Del Gatto M.L., *Strutture sanitarie, mercato immobiliare e Facility Management. Strategie gestionali, strumenti finanziari e processi di valorizzazione*, Il Sole 24Ore, Milano, 2006

⁶¹ Idem

Stato alle Regioni ha notevolmente intensificato l'esigenza di meglio garantire livelli adeguati di assistenza su tutto il territorio nazionale.⁶²

All'interno di questo scenario l'offerta sanitaria nazionale è costituita da 1.173 istituti di cura, di cui 638 istituti pubblici ed equiparati, corrispondenti al 54%, e 535 case di cura private accreditate, che rappresentano il 46% del totale degli istituti. Risulta confermato il trend decrescente del numero degli istituti degli ultimi anni, effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture. A livello nazionale, circa il 41% delle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate presenta medie dimensioni, in termini di dotazione di posti letto per ricoveri in regime ordinario e day-hospital, con una forte eterogeneità tra le regioni. Più del 33% presenta una dotazione inferiore ai 120 posti letto e tali strutture sono prevalentemente presenti in alcune regioni del centro Italia e nelle regioni del sud Italia. Le restanti strutture del centro-nord presentano prevalentemente medie dimensioni. Complessivamente, a livello nazionale, la dotazione media, in riferimento all'anno 2009, è di 315 posti letto per struttura. Si ha una concentrazione di strutture, con dotazione di posti letto superiore a 400, in Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana.⁶³

Il numero dei posti letto totali è di 211.936 per acuti e di 37.153 per non acuti, con una disponibilità di 3,5 posti letto per mille abitanti nei reparti per acuti e 0,6 posti letto per mille abitanti nelle strutture per non acuti. Anche in questo caso vi è una forte differenziazione tra le regioni, per cui le regioni del Nord si posizionano tendenzialmente al di sopra dello standard complessivo, mentre il Sud si colloca al di sotto, presentando anche pochi posti letto per non acuti.⁶⁴

Per quanto riguarda le strutture ad alta specializzazione, comprendente gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, esse sono prevalentemente concentrate al Nord, dove risiede il 45% della popolazione italiana, con una percentuale rispetto al totale del 58%.

Osservando i dati contenuti nel rapporto OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), il sistema ospedaliero sembra confermarsi in termini di dotazione e performance ai principali sistemi sanitari occidentali. Infatti al pari di Francia, Germania, Stati Uniti, Regno Unito e Spagna, la dotazione di posti letto per mille abitanti, il numero di dimissioni per mille residenti pari a 14.091, il tasso medio di occupazione e la degenza media pari, rispettivamente, al 77,8% e a 6,7, pongono l'Italia sempre in posizione medio-alta. Inoltre la speranza di vita alla nascita di 80 anni circa risulta superiore rispetto agli altri paesi.

Come si può vedere il sistema sanitario italiano si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali, avendo messo in atto una radicale trasformazione, caratterizzata da una riduzione della dimensione strutturale

⁶² A. Tartaglia, *Criteri di progettazione ospedaliera*, in Capolongo S., *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano, 2006

⁶³ Fonte: Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010*

⁶⁴ Idem

dell'offerta e da risultati importanti in termini di efficienza, produttività e appropriatezza delle prestazioni erogate. Tuttavia al suo interno presenta delle profonde disomogeneità e criticità che gli indicatori sopra esposti non possono rilevare: inappropriately nell'uso di alcune prestazioni, carenza di servizi di assistenza domiciliare, lunghe liste d'attesa, insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune regioni che spingono i cittadini a rivolgersi in altre regioni, e non da ultimo un patrimonio ospedaliero vetusto e non più adeguato.

Per queste ragioni i principali strumenti programmatori sanitari come il Piano Sanitario Nazionale (PSN) o il Patto per la salute sono indirizzati alla definizione di strategie e strumenti atti a supportare la razionalizzazione e il miglioramento dell'intero sistema. Questo si traduce, in ambito strutturale, nella ristrutturazione e valorizzazione del patrimonio immobiliare, attraverso dismissioni, trasformazioni, rifunionalizzazioni e la costruzione di nuove strutture; in ambito funzionale, nella riorganizzazione dell'intera rete sanitaria, in modo da accrescere la qualità e l'efficacia dei servizi e da assicurare una loro più equilibrata fruizione su tutto il territorio.

L'ammodernamento e la riorganizzazione della rete ospedaliera ne prevede la sua razionalizzazione, fissando standard sulla dotazione di posti letto e sul relativo tasso di ospedalizzazione, al fine di promuovere percorsi assistenziali economicamente più efficienti e adeguatamente più appropriati. Il recente decreto sulla "spending review" ha abbassato lo standard di posti letto accreditati per mille abitanti a 3,7, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, con una riduzione del tasso di ospedalizzazione da 180 a 160 per mille abitanti. Inoltre le Regioni si sono impegnate ad adottare idonei provvedimenti per favorire il potenziamento di setting assistenziali di maggiore economicità, quali il day hospital e il day surgery, alternativi al ricovero in regime ordinario. D'altro canto il processo intrapreso promuove l'individuazione di centri di eccellenza, ad alta specializzazione, dislocati sul territorio, che rappresentano poli ospedalieri di riferimento regionale e nazionale, in grado di riqualificare l'offerta del servizio reso e di porsi stretta connessione con i presidi sanitari che costituiscono i diversi nodi del processo assistenziale. Questo sistema così come l'obiettivo della riconversione a fini riabilitativi degli ospedali con uno standard minimo inferiore ai 120 posti letto, vanno nella direzione di uno sfruttamento più efficiente delle risorse e una più efficace risposta al crescente aumento delle patologie cronico-degenerative.

La strategia messa in atto per l'attuazione del processo di razionalizzazione della rete sanitaria si basa sostanzialmente su tre parametri, che sono il livello di utilizzazione delle strutture, l'adeguatezza delle strutture rispetto ai fabbisogni dei cittadini sul territorio e la funzionalità operativa delle strutture in rapporto alle dimensioni. In termini operativi, tale ridisegno della rete sanitaria e ospedaliera si attua attraverso gli interventi di adeguamento delle strutture secondo i principi derivati dalle nuove esigenze di salute e cura, normativi e non; la dismissione di alcune strutture e la realizzazione di altre *ex novo*, attuando la razionalizzazione della distribuzione degli ospedali sul territorio; la riconversione ad altro uso delle

strutture che non supportano più le funzioni ospedaliere. La strategia mira a realizzare un sistema a rete, riducendo il numero di ospedali in esubero e realizzando presidi alternativi al ricovero ospedaliero. In tal modo viene incrementato il potenziale delle strutture di assistenza, che possono così beneficiare di un sistema più adeguato ai bisogni sanitari elementari della popolazione e in grado di fornire risposte più flessibili.

4.2 Il patrimonio immobiliare sanitario e le esigenze di riqualificazione

A fronte del processo di riorganizzazione del sistema sanitario, come si è visto è necessario attuare un ampio e articolato progetto di adeguamento e razionalizzazione di tutto il patrimonio ospedaliero a nostra disposizione. A tal fine, risulta di fondamentale importanza la conoscenza dello stato in cui questo patrimonio versa.

Si è già detto che la conoscenza del patrimonio ospedaliero pubblico nazionale non è di grande facilità, in quanto manca a tutt'oggi un indice nazionale che delinei le caratteristiche dei presidi ospedalieri esistenti: la funzione, il dimensionamento, lo stato di conservazione, la dotazione tecnologica, etc. Nonostante questo, alcuni studi riguardanti l'anno di costruzione degli edifici ospedalieri sono stati condotti nel corso degli ultimi decenni e di questi ci avvaliamo per avere un'idea della vetustà del patrimonio.

Per valutare lo stato delle infrastrutture ospedaliere italiane l'età del parco immobiliare è di grande rilevanza, in quanto ci dà un'indicazione della vetustà delle strutture. Quest'ultimo indicatore è particolarmente critico in quanto rende l'ospedale poco adattabile all'evoluzione rapida della tecnologia e delle tecniche sanitarie, e non più funzionale alle mutate esigenze di pazienti e operatori. La funzionalità di un ospedale, infatti, intesa come risposta dell'organismo edilizio a esigenze e funzioni complesse, si trasforma rapidamente nel tempo, non solo per le caratteristiche intrinseche al manufatto, ma anche per fattori esterni che influenzano il sistema edilizio stesso, come i requisiti funzionali e strutturali richiesti dalle nuove normative.⁶⁵

I momenti di maggiore impulso alla costruzione degli ospedali nella storia della sanità italiana sono stati il periodo tra le due guerre mondiali, durante gli anni Sessanta per la lotta contro la tubercolosi e le riforme ospedaliere del 1978 (anno di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale) e del 1985.

Se guardiamo a qualche decennio fa, intorno agli anni Sessanta, l'83% degli ospedali presenti sul territorio nazionale aveva più di venti anni; negli anni Ottanta

⁶⁵ Cfr: Terranova F., Palumbo R., *Il parco immobiliare sanitario*, in Terranova F., Palumbo R., *Edilizia per la sanità*, UTET, Torino, 2005

il patrimonio immobiliare sanitario era ancora costituito al 69% da immobili aventi più di quaranta anni.⁶⁶

La prima volta che il patrimonio immobiliare pubblico di tipo assistenziale fu valutato nella sua consistenza, fu nell'ambito del "Progetto finalizzato CNR – Risparmio di energia nel riscaldamento degli edifici" del 1982. Precedentemente a questa ricerca, i dati che consentivano di definire lo stato del parco immobiliare, erano piuttosto scarsi, e ancora fino a oggi tale studio riveste l'indagine maggiormente sistematica e consolidata a causa della mancanza di una reale conoscenza del patrimonio ospedaliero in nostro possesso.

Sulla base di quella ricerca era stato calcolato che circa un quarto degli ospedali italiani erano collocati in edifici storici con data di costruzione antecedente al 1900, più della metà risaliva a prima degli anni Quaranta e ben il 70% del patrimonio ospedaliero era stato edificato antecedentemente agli anni Sessanta.

Aggiornando tali dati ai primi anni del 2000, si nota come non ci siano stati grossi cambiamenti, a causa delle poche dismissioni e riconversioni, e delle pochissime nuove costruzioni di strutture ospedaliere.⁶⁷ Ne consegue che dopo circa venti anni il 26% degli ospedali risaliva ancora a prima del 1900, poco più della metà a prima degli anni Quaranta e il 66% risultava edificato antecedentemente agli anni Sessanta, con un'età media superiore ai quaranta anni. Questo nonostante alla fine degli anni Ottanta la consapevolezza da parte dello Stato di avere un patrimonio immobiliare fortemente degradato e obsoleto avesse spinto a individuare un programma generale di investimenti per gli interventi di ammodernamento del parco ospedaliero.

Ora ci si chiede quale sia lo stato del patrimonio sanitario italiano contemporaneo dopo che si è arrivati agli sgoccioli delle risorse economiche statali che in tutti questi anni sono state devolute a partire dal programma di investimenti della Legge Finanziaria n. 67 del 1989. Infatti, nonostante negli ultimi anni vi siano stati enormi investimenti in ristrutturazioni del patrimonio ospedaliero, tali ristrutturazioni hanno limitato le problematiche derivanti dalla vetustà delle strutture, ma non le hanno risolte.

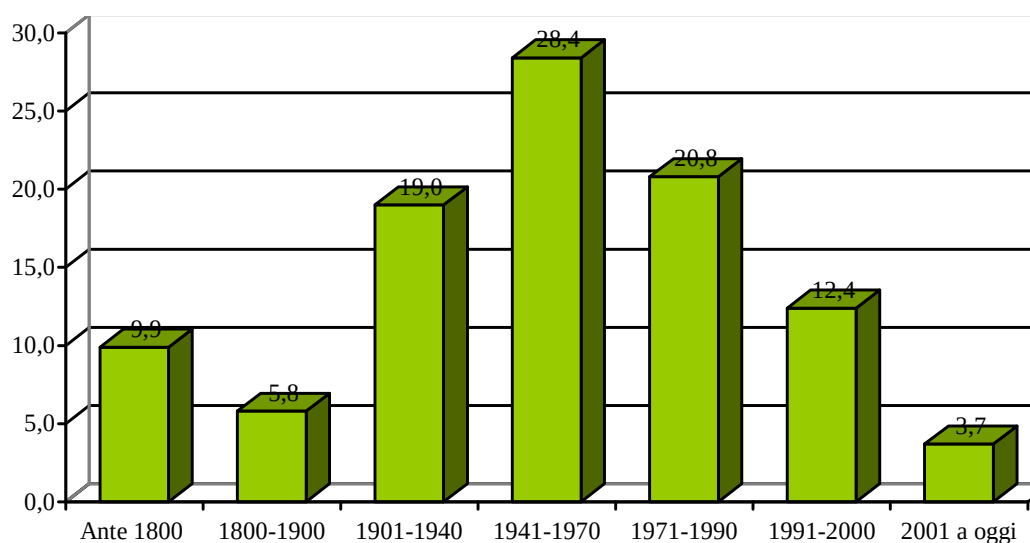
Se consideriamo i dati riguardanti l'epoca di costruzione degli ospedali attuali, si vede come le strutture a nostra disposizione rimangano inadeguate per l'erogazione della moderna assistenza medica, come può evidenziare la letteratura anglosassone e americana che considera inutilizzabili ai fini dell'assistenza gli ospedali con più di trenta anni.⁶⁸

Il grafico di seguito mostra la percentuale dei nosocomi italiani sul totale delle strutture divise per epoca di costruzione.

⁶⁶ Idem

⁶⁷ Idem

⁶⁸ Cfr: F. Lega, M. Mauri, A. Prenestini, *L'Ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Egea, Milano 2010



Epoca di costruzione degli ospedali italiani. Fonte: Divisione Ricerche (DiR) SDA Bocconi. Elaborazioni da dati Sole24Ore Sanità (2001) per nosocomi ante 1800-2000, stime su informazioni e documenti istituzionali per anni da 2001 a oggi (2010).⁶⁹

Come si evince dai dati riportati, circa il 63% dei nosocomi ha più di quaranta anni; almeno il 40% ha più di settanta anni e circa il 16% delle strutture ospedaliere italiane ha oltre un secolo. Queste indicazioni ci rendono chiaro come il patrimonio ospedaliero italiano sia di grande rilevanza da un punto di vista architettonico e monumentale, ma dall'altra parte risulti inadeguato per l'erogazione della moderna assistenza sanitaria. Tali strutture, per la maggior parte oggi inglobate completamente nel centro urbano, hanno difficoltà a estendersi e ad adeguarsi alle nuove necessità di impianti, apparecchiature, sicurezza, igiene, logistica, ma pur sempre sono e restano nella tradizione, nella memoria e nelle consuetudini dei cittadini, i quali a malincuore li sostituirebbero con strutture più moderne.

Se si guarda nello specifico alla distribuzione dei nosocomi per anno di costruzione nelle diverse zone del territorio italiano, si rileva che il Centro e il Sud hanno la percentuale più alta di nosocomi aperti oltre quaranta anni fa, rispettivamente il 70% e il 68%. Segue, poi, il Nord Ovest con il 65%, mentre il Nord Est con il 54% e le Isole mostrano una minore vetustà delle strutture presenti. Nel Nord Est questo è dovuto a un grande ricambio di strutture avvenuto a partire dall'inizio degli anni Novanta in seguito agli investimenti della Legge 67/1989, con una percentuale di nuove strutture pari al 27%. Mentre nelle Isole la ragione è da ricercare nella maggiore costruzione di nuovi ospedali tra il 1941 e il 1990, con una percentuale pari al 66%. Relativamente alla costruzione di nuove strutture dal 2001 a oggi, bisogna sottolineare come il Centro, trainato in particolar modo dalla notevole riorganizzazione del sistema ospedaliero effettuata in Toscana, ha dato un forte impulso alla costruzione di nuovi ospedali con una percentuale del 7%. Segue il Nord Est con il 5%, mentre il Nord Ovest, il Sud e le Isole sembrano essere

⁶⁹ Idem

rimaste molto più indietro.⁷⁰ La grande disparità tra le diverse regioni italiane è dovuta dalla diversità dei fondi stanziati, dalle effettive necessità e dalle strutture già presenti sul territorio. D'altra parte, lo scarso ricambio di strutture avvenuto in molte regioni negli ultimi anni ha comportato un grave dispendio di risorse e investimenti per la loro ristrutturazione. Oltretutto, se si prendono in considerazione le strutture incompiute, si nota che su un totale di 148 nosocomi, l'80% si trova nel Sud Italia, sintomo che i finanziamenti messi in campo negli ultimi trenta anni sono andati spesso sprecati, in particolare nelle regioni del meridione.⁷¹

Questo scenario rende evidente la necessità di attuare un globale processo di adeguamento e razionalizzazione di tutto il patrimonio ospedaliero dislocato sul territorio nazionale. All'interno di questo processo, come il dibattito scientifico ci mostra, risulta fondamentale operare una profonda riflessione sulla scelta di ristrutturare un patrimonio caratterizzato da una lunga storia oppure di optare sull'opportunità di costruire nuove strutture in sostituzione a quelle vecchie, al fine di non continuare a disperdere risorse ma di attuare un processo di riorganizzazione efficiente ed efficace, che consenta anche di valorizzare l'importanza storica e architettonica delle strutture in nostro possesso. La tipologia della struttura edilizia, l'età dell'ospedale, la fattibilità degli interventi edilizi e impiantistici, i costi di manutenzione, la disponibilità di adeguate zone di parcheggio, la facilità di accesso, sono tutti elementi che, accompagnati alla necessaria salvaguardia di tutte le strutture con valore storico, influenzano tale scelta.

Nella tabella sottostante viene riportato il numero di edifici o di corpi ospedalieri presenti in ogni regione, e per ciascuna di queste ultime quelli con interesse storico e quelli che sono stati ristrutturati.

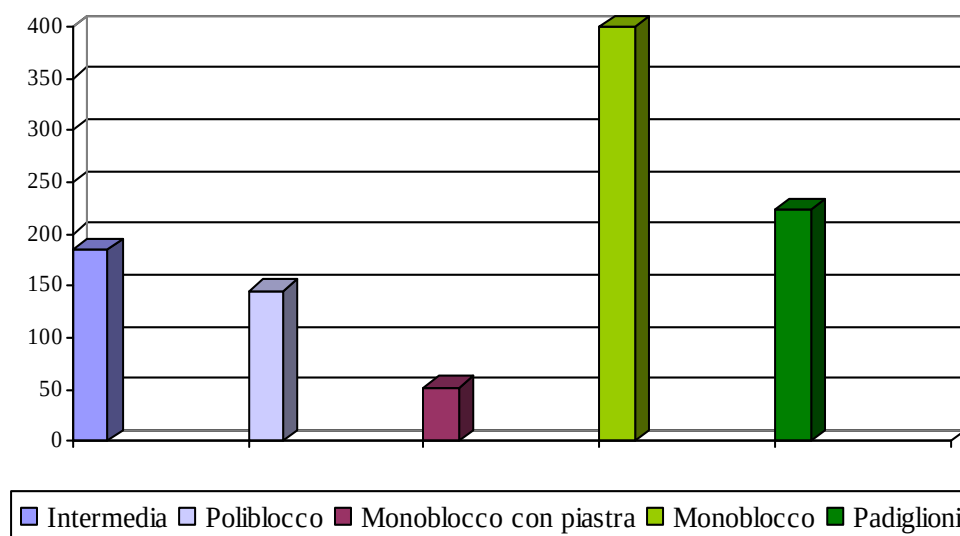
Dati storici dei corpi di fabbrica che compongono i presidi ospedalieri. Fonte: SCPS - Ministero della sanità 1990			
Regioni	Edifici analizzati	Edifici con interesse storico artistico	Età media degli edifici
Piemonte	297	28	71
Valle d'Aosta	6	---	26
Lombardia	1.131	48	53
P.A. Bolzano	31	6	64
P.A. Trento	43	14	74
Veneto	718	66	56
Friuli - V.Giulia	287	1	33
Liguria	270	9	64
Emilia - Romagna	732	70	65
Toscana	459	63	89
Umbria	89	9	137
Marche	189	8	70
Lazio	293	33	102
Abruzzo	104	2	58
Molise	5	---	25
Campania	202	15	80
Puglia	269	15	49
Basilicata	26	---	22
Calabria	95	1	34
Sicilia	499	38	55
Sardegna	121	17	37
Italia	5.866	443	62

⁷⁰ Idem

⁷¹ Idem

Bisogna sicuramente considerare che la ristrutturazione di un ospedale esistente può essere molto onerosa da un punto di vista economico, non solo per quanto riguarda gli interventi di riqualificazione, ma anche a posteriori nella fase di mantenimento. Inoltre, in particolar modo per quelle strutture che presentano un numero limitato di posti letto o una capacità inferiore rispetto alla richiesta del territorio, gli interventi di riqualificazione richiedono un processo organizzativo e gestionale di grande delicatezza per poter mantenere sicure, efficienti e funzionali tutte le aree interessate dai lavori. Occorre infatti continuare a garantire l'efficienza del servizio, facendo fronte in termini di sicurezza e benessere alla presenza di personale esterno, polveri e rumore, all'inevitabile scarsa accessibilità ad alcune zone o servizi, al continuo spostamento di pazienti e apparecchiature, alla variazione della segnaletica, a nuove procedure di emergenza e di evacuazione. Tutto questo sicuramente non risulta insormontabile se esiste all'interno dell'ospedale una buona gestione e un buon coordinamento di tutto il processo, ma deve essere attentamente valutato.

Oltretutto le problematiche relative al mantenimento di strutture esistenti o alla realizzazione di nuove sono diverse anche in funzione della tipologia di manufatto su cui si deve intervenire. Il parco ospedaliero odierno è caratterizzato, infatti, da una molteplicità di tipologie edilizie che la storia degli ultimi decenni ci ha lasciato. Nell'immagine sottostante è indicata la distribuzione delle tipologie di edilizia sanitaria a oggi presenti sul territorio italiano.



Tipologia costruttiva delle strutture ospedaliere. Fonte: Rapporto sulla sicurezza in ospedale, Direzione Centrale Comunicazione INAIL (2007)

Come si è visto, dunque, i dati mettono in luce una situazione di grave malessere. La vetustà delle strutture comporta una preoccupante obsolescenza strutturale e tecnologica, che va a minare la sicurezza sismica, impiantistica e antincendio, con sistemi di accreditamento perfezionati solo in quattro regioni, una profonda differenziazione tra il Nord e il Sud del Paese in termini di dotazione

tecnologica, produttività e appropriatezza dei servizi, e un'alta percentuale di ospedali incompiuti nonché di strutture di dimensioni insufficienti (meno di 120 posti letto).⁷² Questo scenario impone la riflessione sulle politiche di investimento che devono essere indirizzate a garantire un adeguato ammodernamento del parco ospedaliero e un'omogeneità su tutto il territorio nazionale. Non sempre risulta agevole e favorevole, da un punto di vista economico e organizzativo, intervenire sull'esistente per renderlo più efficiente e adeguarlo alle nuove normative di igiene e sicurezza, ma la scelta è condizionata spesso e volentieri da fattori logistici. Gli ospedali di cui usufruiamo sono collocati nei centri cittadini o in centri altamente popolati rendendo maggiormente agevole il loro raggiungimento da parte della popolazione. Inoltre i cittadini sono affezionati a questi luoghi e in particolar modo le persone più anziane si trovano spesso più a loro agio in un luogo conosciuto, anche se talvolta meno confortevole ed efficiente. La costruzione di nuovi ospedali, poi, anche se a media scadenza risulta la soluzione più economica, richiede l'impiego di ingenti risorse economiche.

Valutando il progresso della medicina, le nuove esigenze logistiche e l'obsolescenza tecnica, che la letteratura estera stima in trenta anni per tutte quelle strutture progettate senza flessibilità e modularità interna, risulta di grande rilievo la necessità di prevedere un programma di rinnovamento di più ampio respiro rispetto a ciò che è stato fatto fino a oggi. Da adesso fino agli anni a venire è necessario porre le basi per una rifondazione globale del settore ospedaliero pubblico. Tale rifondazione necessita innanzitutto di una grande opera di disinvestimento di molte delle strutture sanitarie oggi esistenti, come gli ospedali di piccole dimensioni che sono difficili da ristrutturare e portano a un ingente utilizzo di risorse che vengono disperse. D'altra parte, oggi in Italia l'ospedale è la struttura più complessa e più costosa che ci sia, in quanto assorbe il 50% delle risorse destinate alla sanità. Sarebbe opportuno, invece, spostare le risorse dall'ospedale al territorio mettendo in comunicazione le diverse strutture della salute.⁷³

Se fino a pochi anni fa, e talvolta tuttora, l'attenzione posta da parte delle istituzioni sanitarie nei confronti di questo patrimonio sia stata piuttosto nulla, esso è un patrimonio immobiliare dalle grandissime potenzialità. La sua gestione, vendita, valorizzazione rappresenta per le Aziende Sanitarie una grande opportunità a causa della necessità di riammodernamento delle strutture e dell'ottimizzazione delle risorse. Infatti, non è da sottovalutare come tali esigenze siano ormai improcrastinabili per garantire la sopravvivenza e la competitività delle Aziende Sanitarie stesse nello scenario della sanità italiana, caratterizzato dalla crescente competizione, internazionalizzazione e specializzazione.

D'altro canto, se si considera la spesa sanitaria e l'indotto della filiera della salute, il settore della sanità rappresenta il 15% del PIL del Paese, dato che mette in luce la sua grande importanza. La sanità non può pertanto essere vista solo come

⁷² Idem

⁷³ M. Mauri, *Ospedale in rete e cittadino al centro*, Il Pensiero Scientifico Editore online, 31 marzo 2004

una spesa, bensì come un investimento per il benessere e la competitività del Paese. L'ospedale è una delle industrie più importanti del territorio capaci di generare un grande indotto economico, per cui la sanità non può che essere un potenziale volano per lo sviluppo del Paese.

4.3 Programmazione nazionale degli interventi per l'adeguamento dell'edilizia ospedaliera pubblica

In seguito all'esigenza di adeguamento del patrimonio ospedaliero nazionale, si vuole riassumere brevemente in questa sede l'*iter* di programmazione degli interventi di edilizia ospedaliera che a livello statale è stato promosso negli ultimi decenni.

Dopo la seconda guerra mondiale iniziarono diversi interventi di ammodernamento del patrimonio ospedaliero esistente e di costruzione *ex novo* di organismi edilizi di tipo assistenziale, senza però che essi fossero supportati a livello nazionale da un piano di sviluppo generale anche in termini economici. Le prime tre leggi tese ad agevolare le opere pubbliche a carattere assistenziale (L. 589/49, L. 723/55, L. 743/57) promossero interventi di tipo puntuale senza una visione globale degli interventi inserita all'interno di un quadro di sviluppo organico generale. Questo comportò profonde disomogeneità tra le singole realtà territoriali, sia a livello comunale che regionale. Le leggi successive fino al 1976 ebbero tuttavia il merito di individuare e promuovere linee di finanziamento specifiche anche se la pluralità degli interventi programmati continuò a non essere coordinata su scala nazionale, a causa anche della frammentazione delle competenze tra gli enti e le organizzazioni sia locali che nazionali.⁷⁴ Infatti la parcellizzazione della rete sanitaria era tale da impedire qualsiasi forma di programmazione che avesse carattere unitario. Questo stato di cose subì una notevole trasformazione con l'istituzione nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale (L. 833/78), venendo a istituirsi strumenti normativi attraverso i quali programmare l'evoluzione del parco immobiliare con interventi coordinati.

I primi programmi messi in atto a livello nazionale guardavano alla razionalizzazione dell'uso delle risorse, anche attraverso la riduzione del numero delle strutture ospedaliere presenti sul territorio. Questa politica delle dismissioni non seguita da un adeguato ricambio degli immobili e da progetti di ristrutturazione, comportò a un aumento percentuale dei fenomeni di degrado e obsolescenza. Tale fenomeno, unito ai cambiamenti dovuti ai nuovi strumenti normativi in termini di standard edilizi, determinò un generale stato di

⁷⁴ Terranova F., Palumbo R., *Il parco immobiliare sanitario*, in Terranova F., Palumbo R., *Edilizia per la sanità*, UTET, Torino, 2005

inadeguatezza della rete sanitaria nazionale.⁷⁵ I progetti ministeriale e parlamentari che seguirono per far fronte alla situazione, sfociarono nell'art. 20 della Legge Finanziaria n. 67 del 1988, che autorizzava “un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario e di realizzazione delle residenze sanitarie per anziani e soggetti non autosufficienti”.

Le politiche di investimenti che la Legge Finanziaria prevedeva, partivano dall'idea di ammodernare il patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale per adeguarlo all'evoluzione dei principi di assistenza sanitaria pubblica. Inoltre esse ancor oggi puntano all'ottimizzazione dei servizi per rispondere agli obiettivi di efficienza dell'assistenza sanitaria e di riequilibrio dell'assistenza sul territorio nazionale, al fine di garantire a ciascun cittadino una risposta adeguata alla domanda di salute, sia in termini di prevenzione che di cura delle diverse patologie. Gli obiettivi specifici che la legge si proponeva erano il riequilibrio territoriale qualitativo e quantitativo delle dotazioni strutturali e tecnologiche, il completamento della rete delle strutture territoriali nonché l'adeguamento alle norme di sicurezza e la conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi. Tali obiettivi favorirono indubbiamente il processo di abbattimento delle forme di degrado e obsolescenza che caratterizzavano il patrimonio immobiliare nazionale. Tra l'altro, i propositi di potenziamento delle strutture per la prevenzione e la realizzazione di quelle adibite all'assistenza di soggetti deboli, incrementarono le attività di costruzione *ex novo*.

Nel frattempo anche il D. Lgs. n. 502 del 1992 incise notevolmente sulla definizione del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso l'estromissione dei Comuni dalle competenze in materia sanitaria e la conseguente definizione di un nuovo assetto Stato-Regioni, per il quale queste ultime assunsero una maggiore responsabilità in termini finanziari, normativi e programmatori. L'esito del nuovo apparato normativo fu l'attuazione di un processo di ristrutturazione funzionale dell'intera rete ospedaliera, che vide, per il primo triennio di investimenti conseguente all'art. 20, la prevalenza di interventi di ampliamento, ristrutturazione e completamento, piuttosto che di nuova costruzione.

Il programma pluriennale di investimenti, che di fatto iniziò solo qualche anno più tardi la promulgazione dell'art. 20, si articolò in due fasi. La prima ebbe termine nel 1996 e vide la realizzazione di interventi puntuali, motivati prevalentemente da esigenze espresse a livello locale, ma non inquadrati in un disegno organico di livello regionale che avrebbe dovuto definire lo scenario entro cui collocare l'intervento. Gli interventi attuati in ogni caso assicurarono un trend di riduzione dei fenomeni di degrado e obsolescenza per tutti gli anni Novanta, anche se non furono risolutivi per l'ammodernamento di tutto il parco ospedaliero.

Fu la volontà istituzionale, sia delle Regioni che del Governo, di superare le criticità determinatesi in questa prima fase, che sollecitò nella seconda, iniziata nel 1998, una maggiore capacità programmatica, determinata a concentrare i

⁷⁵ Idem

finanziamenti in un numero contenuto di interventi strategici, all'interno di una logica di rete che richiede grandi strutture ospedaliere di riferimento, in grado di limitare l'emigrazione a scopo sanitario da alcune regioni in altre. Tra le novità fondamentali, per incrementare la rapidità di attuazione del programma, ci fu l'istituzione di specifici "tavoli tecnici" con tutte le Regioni con lo scopo di selezionare gli obiettivi e ottimizzare gli effetti. Inoltre, al fine di rilanciare il processo di programmazione centrale e regionale, venne istituito il Nucleo di Valutazione degli investimenti pubblici. La conseguenza positiva di queste strategie fu quella di aver programmato, quanto meno sulla carta, la riqualificazione dell'intero patrimonio strutturale e tecnologico. Sicuramente si riscontra nel secondo triennio di attuazione un notevole incremento degli interventi di nuova costruzione, tuttavia ancora oggi non è facile avere un quadro preciso degli esiti di questa seconda fase, anche se sembra che siano stati privilegiati interventi di tipo strutturale e logistico indirizzati all'innalzamento degli standard, come previsti a livello normativo. Inoltre, rispetto alla prima fase, ci si è rivolti verso processi caratterizzati da un'elevata complessità progettuale, realizzativa e gestionale. Ciò che è importante sottolineare è che le tipologie di intervento attuate in entrambe le fasi presentano la caratteristica comune di non intervenire sull'opera in maniera preventiva, bensì sono sempre state messe in atto quando i fenomeni di degrado e obsolescenza strutturale e impiantistica erano già in atto.⁷⁶

Le risorse inizialmente previste sono state successivamente integrate nel corso degli anni, fino a oggi. A partire dal 1998 le risorse finanziarie vengono incrementate da rifinanziamenti contenuti nelle Leggi Finanziarie quali quella del 2000, del 2001 e del 2007. Il sistema ha consentito lo sviluppo graduale del programma in relazione alle capacità di spesa e programmazione delle singole Regioni, che possono utilizzare tutta o parte della quota assegnata, attraverso gli Accordi di Programma o Accordi di Programma Quadro, qualora le Regioni includano la sanità tra le materie oggetto delle intese istituzionali di programma (Lombardia, Toscana, Basilicata). Gli Accordi vengono stipulati con il Ministero della Salute, con il concerto del Ministero dell'economia e delle finanze, in coerenza con gli obiettivi generali individuati nei Piani Sanitari Nazionali e Regionali, nel nuovo Patto per la salute 2010-2012 e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome.

A quasi venticinque anni dall'emanazione dell'art. 20 della Legge 67/88, risultano sottoscritti una cinquantina tra Accordi di Programma e Accordi integrativi. Gli obiettivi nel corso degli anni sono stati integrati con finalità specifiche, quali l'adeguamento alle norme di sicurezza degli edifici e degli impianti e il riequilibrio tra l'ospedale e il territorio, e lo scenario all'interno del quale si interviene è in lenta ma continua mutazione. Una nuova fase di grande impulso per la trasformazione del patrimonio sanitario in nostro possesso è cominciata nel 2001, in conseguenza della promulgazione del decalogo sull'"Ospedale modello", relativo ai nuovi principi di progettazione ospedaliera.

⁷⁶ Idem

Ciò nonostante il quadro attuale mette in luce una realtà che vede il ridursi sempre più consistente delle risorse messe a disposizione in più di due decenni dallo Stato; e nonostante siano stati fatti grandi passi avanti, soprattutto negli ultimi anni, il panorama della rete ospedaliera, come si è visto dai dati precedentemente esposti, ancora non risulta in alcun modo soddisfacente. Si passa dalle molte e spesso troppo piccole strutture per acuti disseminate sul territorio, alle cittadelle ospedaliere a padiglioni dei primi del Novecento, ai monoblocchi della metà del secolo scorso. Tutto questo spinge le Regioni verso forme di finanziamento alternativo, come il *project financing*, che individuano forme di partenariato tra pubblico e privato che interessano le fasi di progettazione, realizzazione e gestione delle strutture ospedaliere, al fine di ovviare la sempre minore disponibilità di risorse pubbliche, ma con risultati davvero poco soddisfacenti.

Tra l'altro, nello scenario attuale, risulta importante sottolineare come l'adeguamento del patrimonio ospedaliero non può più essere considerato, alla luce delle nuove politiche di livello europeo, un evento procrastinabile. La direttiva europea 20-20-20 fissa entro il 2020 gli obiettivi di riduzione del 20% delle emissioni di gas serra, di aumento del 20% di utilizzo di energia da fonti rinnovabili e di diminuzione del 20% del risparmio energetico. Tale provvedimento europeo unito a quello che prevederà che entro il 2050 si dovranno ridurre i consumi di energia dell'80% negli edifici pubblici e privati, rendono evidente la necessità da parte del pubblico di mettere a norma tutto il patrimonio. Questo per un paese come l'Italia risulterà fortemente problematico, ma darà anche l'opportunità agli Stati membri di dotarsi di precise linee guida a livello europeo per la costruzione di una rete ospedaliera efficiente.

All'interno di questo contesto la Regione Lombardia si pone come una delle Regioni maggiormente virtuose, costituendosi come area di grande vivacità nel processo di sviluppo e riorganizzazione del settore sanitario. Infatti, la Lombardia è stata una delle prime Regioni che si è davvero preoccupata di attuare un processo di ammodernamento e revisione del sistema sanitario e del parco ospedaliero. Il settore della sanità pubblica lombarda è da lungo tempo protagonista di una notevole evoluzione che lo determina come sistema di eccellenza e di attrattività per i pazienti di tutto il territorio nazionale. Al fine di poter conoscere il patrimonio ospedaliero presente sul territorio, tra il 1996 e il 2002 la Regione ha avviato un puntuale censimento dello stato delle strutture sanitarie di proprietà del servizio sanitario regionale.⁷⁷ Tale importante lavoro di rilevazione e definizione della consistenza e conservazione del patrimonio, ha avuto la finalità di indirizzare i progetti di riqualificazione in modo da attuare un utilizzo efficace del patrimonio delle Aziende Sanitarie, in vista dei bisogni di cura e salute della popolazione lombarda e non. In seguito al grande cambiamento messo in atto dall'elaborazione del "decalogo" nel 2001, la Regione Lombardia ha formulato il "Piano straordinario per lo sviluppo delle infrastrutture lombarde 2002/2010", dando avvio a un programma di finanziamenti e interventi di notevole entità, con l'obiettivo di

⁷⁷ Cfr: A. Caviglia, *Edilizia Sanitaria in Lombardia. L'edilizia pubblica al servizio della salute*, Regione Lombardia, 2002

ottimizzare le strutture esistenti e di costruirne di nuove, tenendo anche conto del valore storico e artistico del patrimonio pubblico sanitario acquisito nei secoli dal territorio lombardo. Tale processo non si è concluso ma è tutt'ora in corso, e nel suo svolgimento richiede l'attuazione di un programma di razionalizzazione di ampio respiro, che possa guardare al territorio regionale nella sua globalità, e che avvii una concreta e organica gestione di tutte le strutture ospedaliere storiche presenti sul territorio, definendone la migliore e più coerente modalità di valorizzazione.

5 IL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO

5.1 L'offerta sanitaria e il patrimonio ospedaliero del territorio lombardo

Per avere un quadro il più possibile esaustivo dell'offerta sanitaria lombarda, bisogna considerare come la Regione Lombardia si estenda su una superficie complessiva di 23.861 metri quadrati, fatto che la rende la quarta regione italiana per estensione. La popolazione residente al 9 ottobre 2011 ammontava a 9.748.171 di persone,⁷⁸ più di 1/6 del totale della popolazione italiana, con un trend in costante crescita, caratterizzandosi tra le regioni a maggiore densità a livello nazionale. Gli studi demografici prevedono che in venti anni la popolazione lombarda crescerà almeno del 7%, superando la soglia dei 10.000.000 di residenti; di questi circa il 40% vivrà nel capoluogo o nella sua provincia. Questo sarà favorito anche da un innalzamento della natalità che vede una crescita positiva negli ultimi anni. All'aumento assoluto della popolazione, dovuto in gran parte dai fenomeni di immigrazione provenienti dalle altre regioni e dagli altri paesi, si associa anche uno spostamento della sua struttura per età, caratterizzata sia da un aumento della popolazione molto giovane, che da un aumento della popolazione oltre i 65 anni. La quota della popolazione anziana è di grande rilevanza ai fini sanitari e si constata come, anche a fronte di un tasso di natalità in aumento, continui a rappresentare la fetta maggiore della popolazione lombarda. Questo è dovuto al generale allungamento della vita media, stimata a circa 80 anni per la Regione Lombardia, con il sempre più consistente aumento delle malattie cronico-degenerative.⁷⁹

A servizio del vasto bacino d'utenza, la Regione offre da un punto di vista sanitario 128 strutture tra pubbliche e private, con una netta prevalenza di strutture pubbliche. Rispetto alla totalità dell'offerta pubblica e privata, le Aziende Ospedaliere costituiscono senza dubbio la tipologia più rappresentativa, con 29

⁷⁸ Fonte: dati Istat, Censimento 9 ottobre 2011

⁷⁹ Fonte: dati Regione Lombardia, 2010

Aziende Ospedaliere che costituiscono il 61% dell'offerta. Se si restringe, poi, il campo dell'offerta ospedaliera esclusivamente alle strutture pubbliche la predominanza delle Aziende Ospedaliere risulta ancora più evidente con l'83% del totale. Relativamente alla loro distribuzione geografica, troviamo: 12 Aziende Ospedaliere nella Provincia di Milano, 3 nelle Provincie di Varese, Bergamo e Brescia, 2 nella Provincia di Cremona, una nelle Provincie di Como, Lecco, Sondrio, Pavia, Lodi e Mantova. Le ASL suddivise in distretti territoriali sono 15, e la Regione può contare su 17 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRRCS), che costituiscono il 42% del totale nazionale.⁸⁰ I posti letto in Lombardia, tra degenze ordinarie, day hospital e day surgery, sia pubblici che privati accreditati, sono 43.039, con un indice di 4,4 posti letto per mille abitanti, di cui 3,6 sono per acuti e 0,8 per non acuti.⁸¹

Dal 1996 al 2002 la Regione Lombardia, tra le poche in Italia, ha realizzato un puntuale censimento dello stato delle strutture ospedaliere di proprietà del servizio sanitario regionale, fornendo un valido strumento per la programmazione e la riqualificazione della rete ospedaliera e per l'attuazione di precise strategie di razionalizzazione e alienazione del patrimonio immobiliare sanitario. Anche se i dati oramai risultano non più di estrema attualità, sono comunque efficaci per la conoscenza della storicità delle strutture ospedaliere lombarde. Infatti, il patrimonio sanitario della Lombardia è un patrimonio ingente con strutture fortemente inserite e radicate nella storia e nella tradizione lombarda. Confrontando i dati riguardanti la consistenza del patrimonio per ogni regione italiana, riportati nel capitolo precedente, risulta che la Regione Lombardia possiede il patrimonio ospedaliero più vasto (il 13% del patrimonio nazionale contro un dato nazionale medio del 5%), con un numero di strutture sanitarie con valore storico-artistico particolarmente elevato.

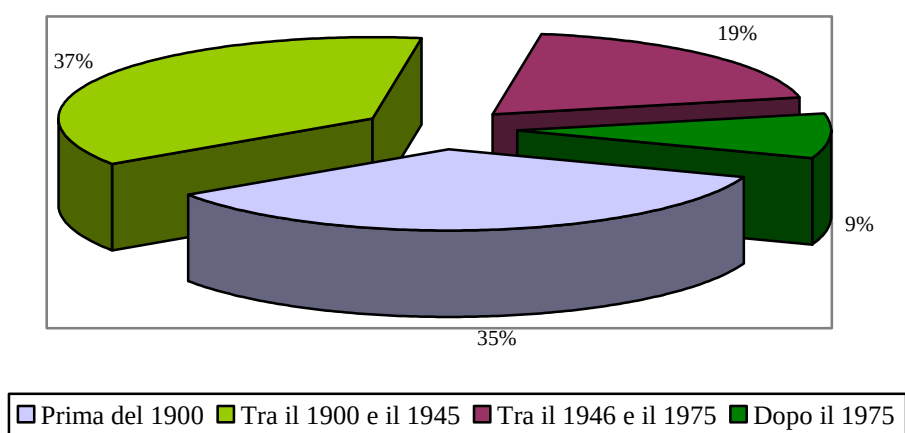
L'esigenza di prevedere un utilizzo efficace del patrimonio ospedaliero e di fornire adeguate linee di indirizzo per gli investimenti regionali, di fronte alle possibili alternative di rinnovo o di sostituzione del manufatto, non può prescindere da una conoscenza della consistenza e delle condizioni del patrimonio stesso. Per questo motivo la Regione Lombardia ha iniziato un lungo iter di rilevazione che si è concluso nel 2000 ed è stato poi aggiornato nel 2001. I fabbricati rilevati quantificano un patrimonio strumentale della Regione di oltre cinque milioni di metri quadri di superficie lorda di pavimento, che va poi integrato da più di un milione di metri quadrati di superficie fondiaria di patrimonio immobiliare non strumentale, quasi del tutto inutilizzata in quanto facente parte del patrimonio degli ex ospedali psichiatrici.

Il censimento ha consentito di conoscere l'assetto del patrimonio strumentale in termini di localizzazione territoriale, consistenza, destinazione d'uso e stato di conservazione generale. Nello specifico è stato indagato lo stato di consistenza del patrimonio; l'epoca di costruzione originaria prevalente, nonché l'anno di più recente ristrutturazione e/o ampliamento; la localizzazione territoriale delle

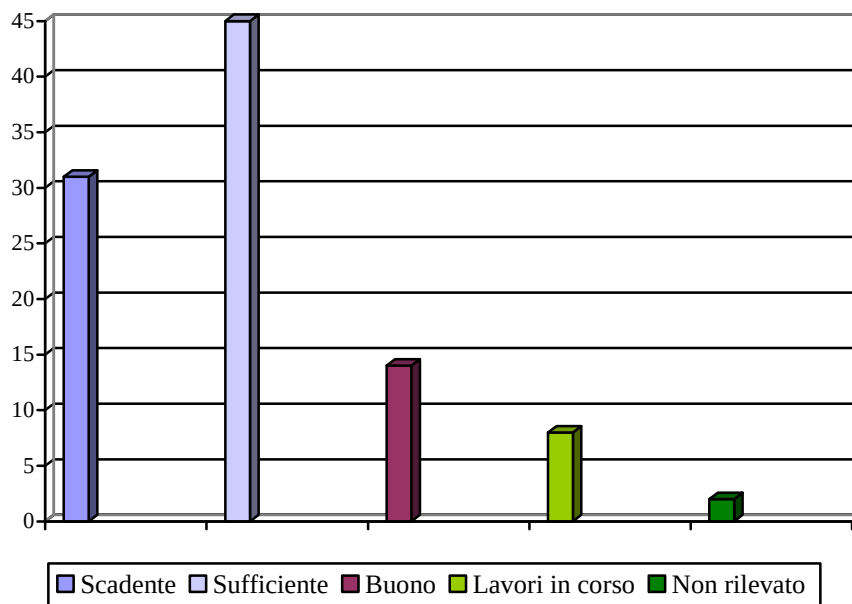
⁸⁰ Fonte: Idem

⁸¹ Fonte: Ministero della Salute, *Annuario statistico nazionale*, 2009

strutture ospedaliere, verificata in rapporto alla loro accessibilità fisica; la presenza di vincoli attuativi di tipo urbanistico, idrogeologico, ambientale e monumentale; la tipologia costruttiva; lo stato di conservazione prevalente dei manufatti; la destinazione d'uso dei fabbricati; il costo di adeguamento alle normative di accreditamento. I dati di sintesi che risultano dal censimento, relativi alla vetustà e allo stato di conservazione del patrimonio, sono riportati nei grafici seguenti.

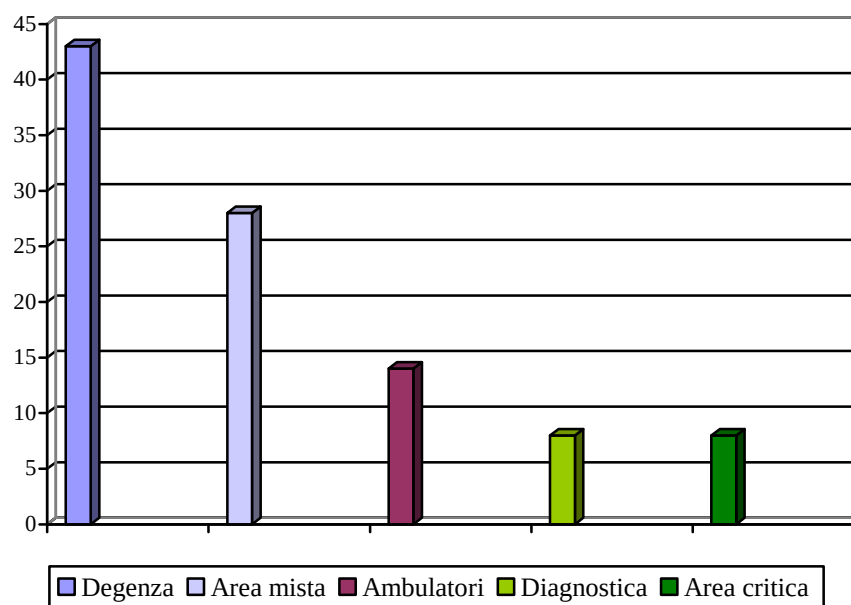


Epoca di prima costruzione del patrimonio ospedaliero lombardo (in % sul totale dei presidi). Fonte: Regione Lombardia, Direzione generale sanità (2001)

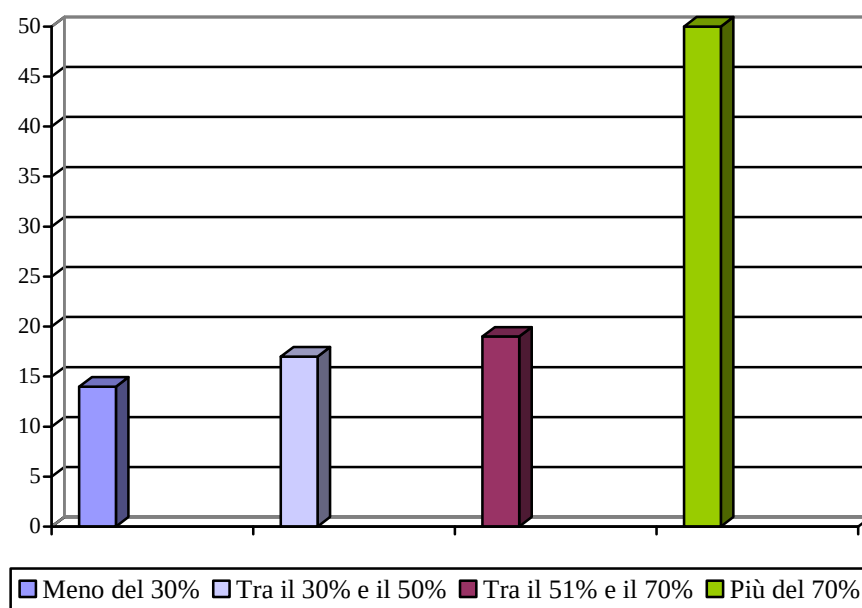


Stato di conservazione del patrimonio ospedaliero lombardo (in % sul totale della superficie lorda di pavimento). Fonte: Regione Lombardia, Direzione generale sanità (2001)

I luoghi della salute: uno strumento per la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio storico lombardo



Stato di conservazione scadente per destinazione d'uso del patrimonio ospedaliero lombardo (in % sul totale della superficie da adeguare). Fonte: Regione Lombardia, Direzione generale sanità (2001)

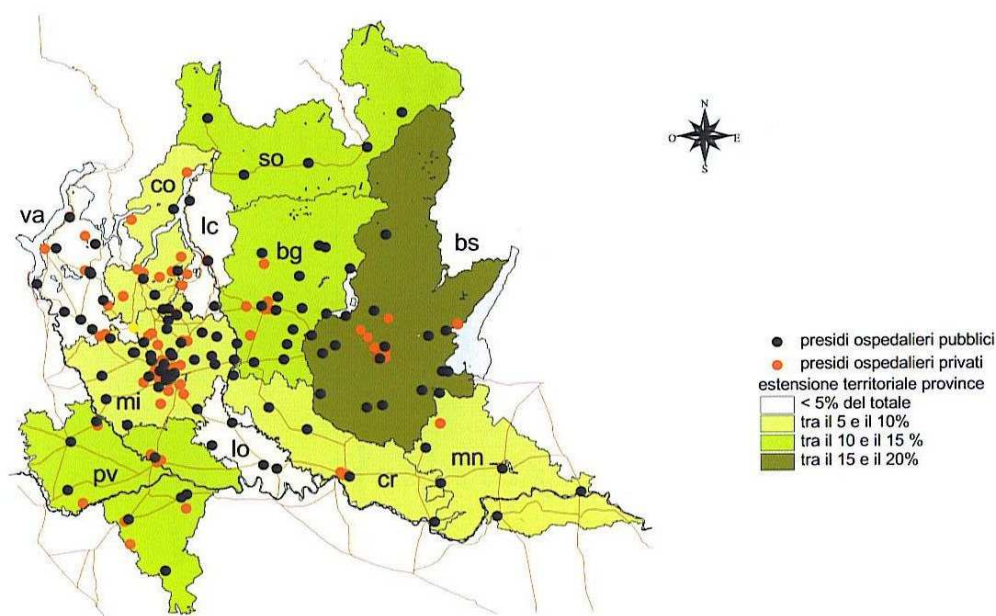


Superfici da adeguare del patrimonio ospedaliero lombardo (in % sul totale della superficie lorda di pavimento). Fonte: Regione Lombardia, Direzione generale sanità (2001)

Come traspare dai grafici, il patrimonio risulta sostanzialmente vecchio, il 70% delle strutture ha quasi 70 anni e più del 35% ha più di 100 anni, e abbastanza ben conservato, con i due terzi delle strutture in sufficienti condizioni manutentive generali e solo per un terzo inadeguate o decisamente insufficienti. In questo senso,

particolarmente significativo appare lo stato di conservazione della cosiddetta Area critica (pronto soccorso, sale operatorie e terapie intensive), che costituisce circa l'8% del totale delle superfici di intervento e che per il 70% viene dichiarato in sufficiente o buono stato di conservazione. Così anche le aree destinate ad attività diagnostica, comprensive di laboratori e attività radiologiche, sono ritenute inadeguate alle necessità in meno del 30% dei casi. Le criticità appaiono più consistenti in relazione alle attività ambulatoriali, che per quasi la metà si trova in scadenti condizioni di conservazione e d'uso. L'area che, però, richiede sicuramente più di ogni altra interventi di adeguamento è quella delle degenze, che tra l'altro rappresenta la destinazione d'uso ancora largamente prevalente nelle strutture ospedaliere (il 55% rispetto al totale) e che non risponde ai requisiti più generali dell'accoglienza. Questo in conseguenza degli investimenti regionali della metà degli anni Novanta, quasi esclusivamente indirizzati alle aree critiche che in quegli anni richiedevano maggiori interventi.⁸²

Inoltre, dai dati riportati nel censimento risulta che il patrimonio ospedaliero lombardo non è sempre utilizzato e localizzato al meglio: il 37% dei presidi indagati ha meno di 150 posti letto con quasi il 17% dei posti letto concentrati nella città di Milano dove risiede più del 15% della popolazione della Lombardia.⁸³ Nelle cartine riportate di seguito viene individuata la localizzazione territoriale dei presidi ospedalieri lombardi, l'epoca di prima costruzione e lo stato di conservazione in relazione alle singole province.

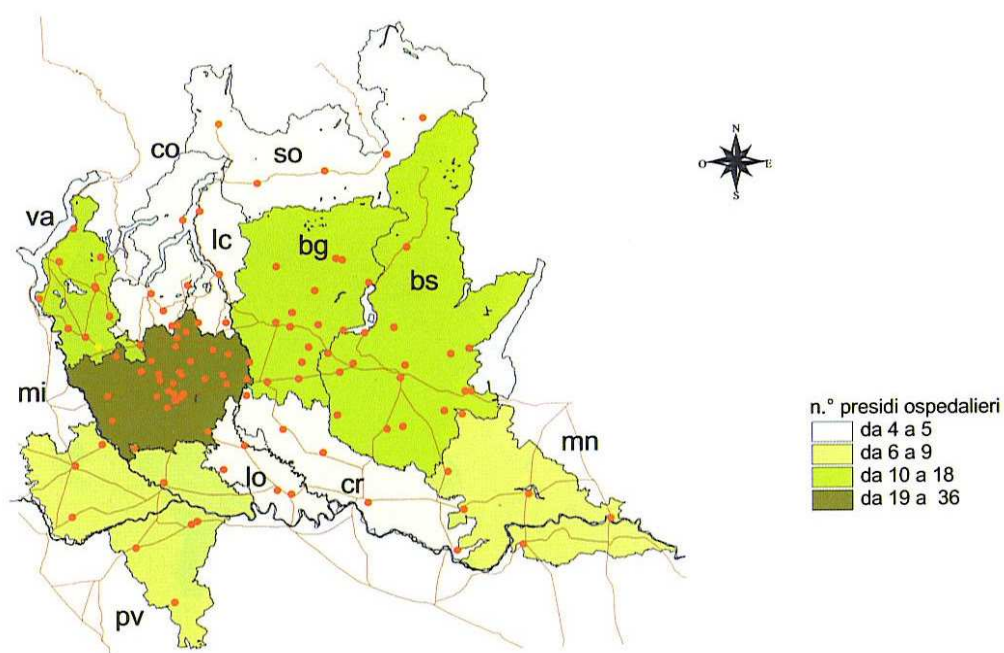


Localizzazione territoriale dei presidi ospedalieri lombardi. Fonte: Regione Lombardia, Direzione generale sanità (2001)

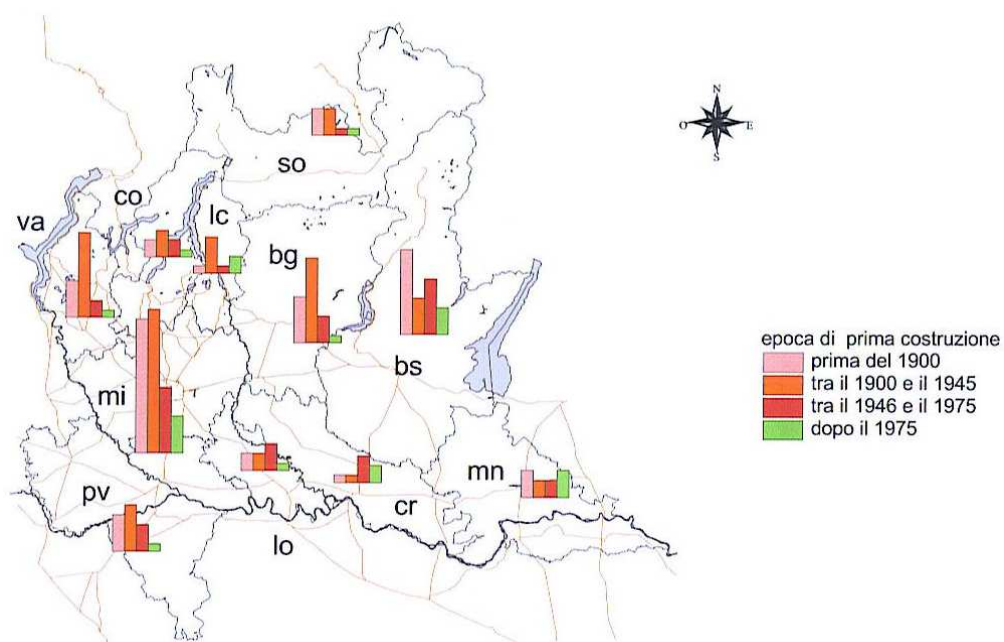
⁸² Edilizia sanitaria in Lombardia. L'edilizia pubblica al servizio della salute, Regione Lombardia, Direzione generale sanità, 2002

⁸³ Idem

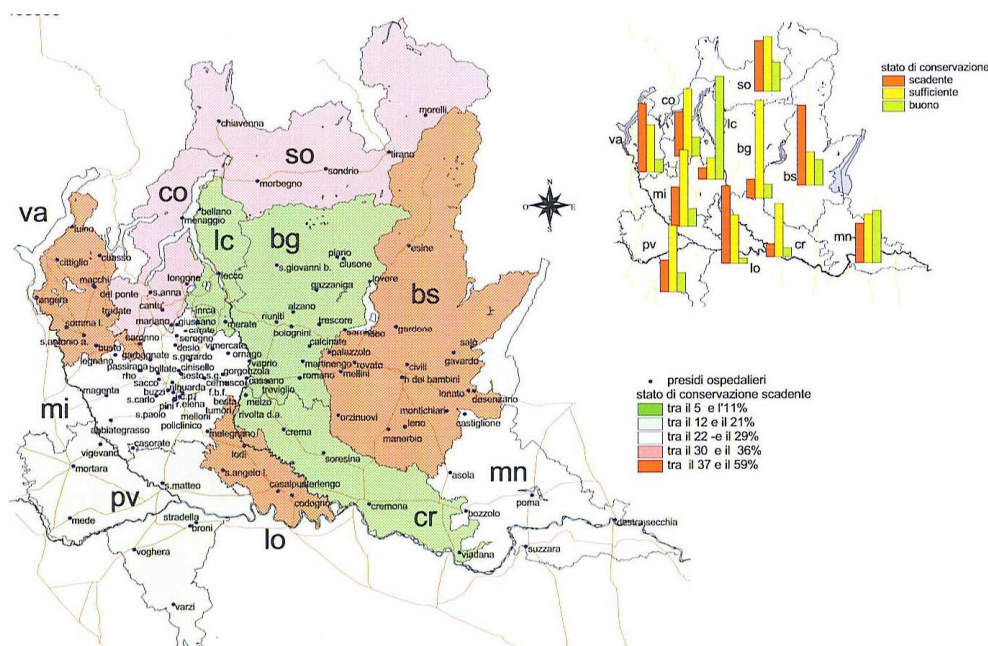
I luoghi della salute: uno strumento per la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio storico lombardo



Distribuzione territoriale dei presidi ospedalieri lombardi. Fonte: Regione Lombardia, Direzione generale sanità (2001)



Epoca di prima costruzione dei presidi ospedalieri lombardi. Fonte: Regione Lombardia, Direzione generale sanità (2001)



Stato di conservazione dei presidi ospedalieri lombardi. Fonte: Regione Lombardia, Direzione generale sanità (2001)

Le tabelle sotto riportate indicano sinteticamente il numero e la percentuale di presidi ospedalieri del territorio lombardo per epoca di prima costruzione e per superfici da adeguare.

Riepilogo presidi per epoca di prima costruzione		
Prima del 1900	42	37%
Tra il 1900 e il 1945	41	36%
Tra il 1946 e il 1975	22	19%
Dopo il 1975	10	9%
Tot	115	100%

Riepilogo presidi per superfici da adeguare		
Meno del 30%	16	14%
Tra il 30% e il 50%	20	17%
Tra il 51% e il 70%	23	19%
Più del 70%	59	50%
Tot	118	100%

slp scadente/slp rilevata complessiva di tutti i presidi	indice di degrado
895.734 mq/2.867.965 mq	31,23%
slp intervento/slp complessiva complessiva di tutti i presidi	slp da adeguare
2.867.965 mq/4.335.493 mq	66,15%

Fonte: Regione Lombardia, Direzione generale sanità (2001)

I dati ottenuti, che rappresentano la situazione del patrimonio sanitario regionale, e conseguentemente in risposta alle problematiche emerse, hanno spinto la Regione Lombardia a intervenire modificando fortemente la programmazione sanitaria. Infatti, constatando la vetustà e lo stato di conservazione degli ospedali, i

principali strumenti di programmazione sanitaria regionale, in sintonia con il Piano Sanitario Nazionale, sottolineano l'esigenza di intervenire sulla riqualificazione del patrimonio pubblico, puntando alla riorganizzazione dell'intera rete sanitaria. In quest'ottica, la Regione si è negli ultimi anni fortemente indirizzata verso la realizzazione di nuove strutture ospedaliere ad alta specializzazione, a causa della forte necessità di investimento e delle dimensioni consistenti su cui intervenire. Accanto a queste tipologie di strutture altamente specializzate i programmi prevedono sul territorio anche la creazione di strutture intermedie destinate all'assistenza di base, che possono rappresentare la naturale evoluzione di quegli ospedali che per la loro storicità non supportano più le funzioni sanitarie richieste.

Infatti, come il censimento ha mostrato, il parco ospedaliero lombardo si caratterizza al suo interno per la presenza di un consistente patrimonio di strutture storiche che devono essere riqualificate e riorganizzate. Oltretutto la consistente riduzione dei posti letto che è stata attuata in questi ultimi anni e che ancora si preannuncia, al fine di contenere i costi della sanità e in accordo ai nuovi principi di ospedalizzazione, porta necessariamente alla liberazione di grandi superfici, indirizzando verso un'attenta riconversione delle attuali strutture sanitarie e alla definizione di una loro nuova funzione, sulla base del disegno della nuova rete sanitaria.

5.2 Il patrimonio storico degli ospedali lombardi

Il patrimonio storico ospedaliero lombardo attualmente a disposizione risulta di grande rilevanza in considerazione della sua consistenza, qualità e ricchezza di componenti. Si vuole qui brevemente riportare alcuni esempi di ospedali che hanno fatto la storia dell'assistenza lombarda. Un patrimonio che rientra nella più vasta e articolata rete ospedaliera di tutto il territorio e che insieme a essa va ripensato, attraverso una logica di conservazione, modifica e innovazione. Non solo nel Quattrocento con la Ca' Granda, ma anche in momenti successivi della storia, gli ospedali lombardi si sono costituiti come esempi di notevole rilevanza architettonica, ma essi sono ancora troppo poco noti, troppo poco tutelati e valorizzati.

In aggiunta ai complessi ospedalieri che sono stati riportati e descritti come casi studio nelle schede allegate alla ricerca vale la pena citare alcune altre strutture di notevole importanza a livello storico-artistico. Esse possono essere divise in due gruppi: il primo che riguarda gli attuali ospedali provenienti da complessi che hanno avuto il loro avvio a partire dal tipo a crociera di matrice quattrocentesca e il secondo che riguarda complessi realizzati tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento.

Tra gli ospedali di origine quattrocentesca si ricorda l'Ospedale San Matteo di Pavia, edificato alla fine del XV secolo nel centro della città. Nel corso dei secoli



Facciata del Policlinico San Matteo a Pavia.
(Fonte: AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009)

l'ospedale fu sempre in stretto contatto e cooperazione con la vicina istituzione universitaria dedicata all'insegnamento delle scienze mediche. Il complesso ampliato più volte tra il Settecento e l'Ottocento, a causa della crescita delle esigenze ospedaliere, fu sottoposto a tutela per settori a partire dal 1910 e fu poi trasformato in caserma nel 1933. Successivamente, attraverso un difficile percorso gestionale, l'ospedale è diventato sede universitaria negli anni Sessanta del Novecento. In seguito alla dismissione del vecchio ospedale, durante il Novecento, per opera degli ingegneri A. Gardella, L. Martini, G. Mariani e L. Sala, venne realizzato un nuovo complesso a padiglioni separati in posizione periferica, a nord della città, immersi all'interno di un parco. La cittadella ospedaliera fu poi arricchita anche da edifici satellitari: l'Istituto Carlo Forlanini, su progetto di A. Bellani, e l'Istituto Casimiro Mondino dell'ingegnere A. Savoldi. Tra gli anni Settanta e Ottanta sorsero altri nuovi padiglioni a monoblocco nella parte nord del complesso e un importante progetto di ammodernamento e ampliamento è stato condotto tra il 2003 e il 2007.

Un altro importante ospedale di fondazione quattrocentesca è l'Ospedale Maggiore di Brescia. Anch'esso attualmente è sede universitaria, infatti tra il 1927 e il 1934 l'ingegnere Angelo Bordone progettò e realizzò un nuovo complesso ospedaliero, con un innovativo impianto a raggiera in cui i padiglioni, articolati in doppia Y, erano raccolti attorno a una corte, al cui centro era posizionata la chiesa. L'ospedale, che è stato ampiamente ampliato e modificato, ed è tutt'ora soggetto a opere di ammodernamento, costituisce una cittadella sanitaria di grande valore sia dal punto di vista medico che architettonico. A tal proposito, si sottolinea il valore artistico della chiesa di San Luca. Aperta al culto nel 1954, si distingue per la tessitura in mattoni e pietra, che caratterizza anche molti edifici ospedalieri, le pale d'altare, i mosaici e le sculture.

L'Ospedale Maggiore di Cremona fu fondato nel 1451 ai bordi della città storica, verso nord. La plurisecolare storia dell'Istituto Ospitaliero si sviluppa per oltre cinquecento anni. Nel corso dei secoli l'ospedale fu accorpato con altre istituzioni ospedaliere e conventuali, tanto che al volgere dell'Ottocento l'Ospedale di Cremona, secondo solo all'Ospedale Maggiore di Milano per dimensioni e importanza, poteva disporre di estesissimi possedimenti terrieri, corrispondenti quasi al territorio dell'attuale provincia. Durante il Novecento diverse fasi hanno caratterizzato un progressivo sviluppo dell'Ospedale, a partire dal 1935 con l'ufficializzazione della denominazione "Istituti Ospitalieri", per poi arrivare, il primo gennaio 1995, all'istituzione dell'Azienda Ospedaliera "Istituti Ospitalieri Di Cremona". Dal punto di vista strutturale, se dall'inizio del Novecento iniziò il dibattito sulla costruzione di un nuovo ospedale, dotato dei requisiti necessari per rispondere alle esigenze di una moderna città, solo nel 1972 venne edificato un altro complesso su una superficie di 200.000 metri quadrati alla periferia della città. Il nuovo ospedale fu progettato dall'ingegnere Arturo Braga, con l'appoggio del medico Enrico Ronzani, nel 1965. L'edificio si configura ancora come un monoblocco di nove piani e planimetria ad H, immerso in un grande parco, anche se di recente è stata realizzata una nuova piastra operatoria. L'alto valore storico e

artistico del patrimonio prodotto e accumulato nei secoli è ben rappresentata attraverso la collezione d'arte e la notevole documentazione conservata all'Archivio di Stato di Cremona.

L'Ospedale Maggiore di Crema, poi, ha una storia particolarmente lunga e diversificata. Le sue origini prendono l'avvio nel 1351 con un raggruppamento ospedaliero chiamato *Domus Dei*, che era gestito, caso particolare a quel tempo, da un gruppo di laici con autonomia finanziaria. In seguito, nel corso dei secoli, cambiò sede più volte, ma fu sempre sostenuto da importanti donazioni, finché nel 1959 l'Amministrazione diede incarico sempre all'ingegnere Arturo Braga con la consulenza del medico Ronzani di costruirne uno definitivo. Il nuovo ospedale venne progettato in forma di monoblocco a T e fu successivamente ampliato con altri edifici nel ventennio tra il 1978 e il 1998.

Non bisogna poi dimenticare l'Ospedale Maggiore della Misericordia a Parma, dedicato a Sant'Antonio e istituito nel 1477. Anch'esso vide la realizzazione di un nuovo complesso a padiglioni durante gli anni Venti del Novecento. Denominato Ospedale civile contava di diciotto fabbricati e fu sostituito dall'attuale Ospedale Maggiore, che è stato oggetto negli ultimi tempi di opere di ampliamento e riqualificazione.



Scorcio della facciata neoclassica dell'Ospedale Maggiore di Lodi.

(Fonte: AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009)

Infine l'Ospedale Maggiore di Lodi fu fondato nel 1459 ed è attualmente sede della ASL. L'aspetto attuale del vecchio ospedale è il risultato di una serie di ampliamenti ed edificazioni, succedutesi dal XVI alla fine del XVIII secolo, intorno a un primitivo edificio a crociera quattrocentesco. Lo sviluppo dovuto a un continuo sforzo di adeguamento funzionale, ha portato all'impianto attuale, il cui scheletro è visibile ancora oggi nonostante le superfetazioni, una doppia croce costituita da due lunghe infermerie parallele attraversate da un braccio più corto. Il rinnovamento maggiore si ebbe durante il XVIII secolo con la realizzazione dell'odierna facciata principale neoclassica di impronta piermariniana e la chiesa dell'ospedale. La sua composizione mostra l'indubbia rilevanza del complesso dal punto di vista storico-artistico, costituendosi nel tempo come matrice di sviluppo urbanistico-architettonico della città e specchio del mutare delle concezioni ospedaliere dal Medioevo ai nostri giorni. Lo spazio interno della crociera è ancora oggi utilizzato, con la realizzazione di ambienti più piccoli da adibire a uffici, e rimane testimonianza di sedici cortili, di cui il più interessante è il chiostro della farmacia. L'ospedale fu poi ampliato tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, con la configurazione di un complesso a padiglioni, che fu dismesso negli anni Sessanta con la realizzazione di un edificio a monoblocco sviluppato verticalmente.



Il monoblocco dell'Ospedale San Gerardo dei Tintori a Monza.

(Fonte: AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009)

Relativamente al secondo gruppo di ospedali, che vedono la loro istituzione a cavallo tra l'Ottocento e il Novecento, è opportuno segnalare l'Ospedale San Gerardo dei Tintori a Monza. La sua storia è strettamente legata con la tradizione plurisecolare della cura dei malati attuata da parte di enti religiosi e laici della città, sviluppatasi nei secoli attraverso la realizzazione di diverse istituzioni sanitarie. Tali istituzioni videro una prima aggregazione nel 1769 e successivamente nel 1890 con la realizzazione di un nuovo ospedale. Divenuto obsoleto, alla fine degli

anni Cinquanta l'amministrazione pubblica e quella sanitaria cominciarono seriamente a interessarsi sull'opportunità di trasferire o di ampliare il vecchio ospedale ottocentesco. Il nuovo complesso vide la luce nel 1962, con il progetto di un imponente monoblocco di quindici piani ad andamento planimetrico arcuato e con l'aggiunta di un secondo corpo di fabbrica di quattro piani.

Di grande rilevanza per i suoi 250 anni di storia e più è l'Ospedale Alessandro Manzoni di Lecco. Realizzato per opera dell'architetto Giuseppe Bovara nel 1840, venne dismesso dopo pochi decenni, a causa delle limitazioni indotte dalla struttura. Così nel 1900 fu costruito un nuovo complesso in altra sede su progetto degli ingegneri Mella e Ongania, che fu poi ampliato attorno agli anni Trenta e ancora nei decenni successivi, fino alla decisione di edificazione di un nuovo ospedale. La nuova struttura, inaugurata nel 2000, porta la firma di Marco Zanuso, oltre agli architetti Aurelio Gorgerino e Bohdan Paczowsky, e ben incarna tutti i principi della moderna progettazione ospedaliera.

Si vuole qui, poi, ricordare due importanti complessi milanesi di cui si è già parlato nel secondo capitolo. Il primo è l'Ospedale Maggiore a Niguarda di Milano, che attesta il passaggio tra la tipologia a padiglioni e quella a più blocchi in Italia, il secondo è l'Ospedale San Carlo Borromeo, inaugurato nel 1967, è di grande rilevanza per la collaborazione nel progetto dell'architetto Gio Ponti, a cui si deve la cappella, di grande valore per la sua architettura e per le opere d'arte in essa raccolte.

Da ultimo si riporta il milanese Ospedale Sacco. Il nosocomio sorse nel 1927 come sanatorio, costituendosi tra i primi sanatori edificati in pianura. Fu intitolato al medico Luigi Sacco nel 1974, divenendo anche polo dell'Università statale di Milano. A metà degli anni Settanta gli furono accorpati altri due ospedali, l'Ospedale Agostino Bassi e l'Ospedale Enea, e divenne infine Azienda Sanitaria nel 1992.

Parallelamente alla mancanza di informazioni relative al patrimonio sanitario nella sua totalità, si riscontra una mancanza di ricerche storiografiche relative al patrimonio storico ospedaliero, fatto salvo alcune indagini condotte a livello regionale. In particolar modo risultano particolarmente manchevoli le informazioni riguardanti lo sviluppo che i complessi nosocomiali hanno avuto nel corso del tempo. Come si è visto, l'evoluzione degli ospedali lombardi, dalla loro istituzione alla loro dismissione e nuova costruzione, ha preso spesso strade diverse. Si può notare come i complessi di origine quattrocentesca siano ragionevolmente stati dismessi già da molti decenni e la loro documentazione, sviluppatasi a partire dagli anni Trenta del Novecento, risulta quella più approfondita. Al contrario, la trattazione storica relativa agli ospedali di fine Ottocento e del secolo scorso, riguardante il tipo a padiglioni, risulta piuttosto insufficiente e si è sviluppata negli anni Settanta-Ottanta. Se poi si risale ai complessi ospedalieri degli ultimi decenni del Novecento, diventa davvero complesso reperire studi e informazioni abbastanza articolati. Infatti, se da una parte argomenti quali il progresso della medicina e della cura, l'importanza della programmazione pubblica relativa alla rete sanitaria, la diffusione di nuovi principi e modelli di progettazione ospedaliera, vengono

ampiamente dibattuti e sviscerati, a questo non si accompagna un'adeguata conoscenza storica delle strutture tutt'oggi a nostra disposizione.⁸⁴

Alla luce di questo panorama, risultano dunque anche penalizzati i processi di tutela e ancor più di valorizzazione di queste strutture. Per i grandi complessi monumentali antichi esiste giustamente da tempo una sensibilità di tutela e riqualificazione, trascinata dal caso esemplare dell'Ospedale Maggiore di Milano, a cui hanno fatto seguito i complessi nosocomiali di Como e Cremona. Appare, viceversa, ancora in fase di gestazione l'interesse storico e di valorizzazione per le strutture nosocomiali del Novecento, che invece tuttora si costituiscono come elemento condizionante l'evoluzione dell'attuale edilizia ospedaliera e delle aree urbane in cui sono inserite.⁸⁵

5.3 I programmi di riqualificazione della rete ospedaliera

La Lombardia è la regione che più di ogni altra ha recepito e messo in atto i principi e le strategie sanitarie descritte finora, per questo risulta interessante indagarne le politiche intraprese. Infatti, senza dubbio rappresenta nel panorama nazionale una realtà all'avanguardia e in continua evoluzione, portatrice nel settore sanitario, anche a livello normativo, di importanti novità tanto da farne un modello. Negli ultimi anni ha avviato un solido programma di investimenti per la riorganizzazione della rete ospedaliera, tracciando attraverso gli strumenti programmatori regionali, il PSSR (Piano Socio Sanitario Regionale) e il PRS (Piano Regionale di Sviluppo), precise linee di indirizzo con lo scopo di ammodernare l'intero patrimonio sanitario della Regione. I due principali obiettivi a cui il programma tende sono, da una parte, la razionalizzazione della rete, secondo il criterio della graduazione delle cure, ottenuta mediante la differenziazione del ruolo degli ospedali; dall'altra parte, l'ammodernamento delle strutture esistenti e in particolar modo la realizzazione di nuovi complessi ospedalieri in sostituzione di quelli dismessi, dove necessario.

Tale rinnovamento, come si legge nel Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014, parte anche dal proposito di usare la vetrina dell'EXPO 2015 per mostrare il "sistema salute" lombardo come polo di eccellenza della sanità mondiale.

A partire dal 1999 la Regione ha, così, sottoscritto con il Ministero della Salute e con il Ministero dell'Economia e delle Finanze cinque Accordi di Programma Quadro riguardanti 182 interventi di edilizia sanitaria, concretizzando gli indirizzi politico-programmatici attraverso precisi programmi di intervento strutturale e tecnologico. Tali interventi rispecchiano le priorità del Quadro Strategico

⁸⁴ M. A. Crippa, *Il patrimonio edilizio degli Ospedali di Lombardia dal secolo XV ad oggi*, in *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009

⁸⁵ Idem

Nazionale 2007-2013, che, in armonia con i principi della Comunità Europea, pone fortemente l'attenzione alla centralità dell'uomo, alla qualità della vita, alla valorizzazione delle specifiche identità produttive territoriali, all'inclusione sociale, e all'ambiente, elementi di grande valore e decisivi per lo sviluppo e l'innovazione.

Come si legge nel Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, “la riorganizzazione della rete ospedaliera è una linea di intervento volta ad articolare in modo razionale l'offerta specialistica ospedaliera sul territorio”. In questo senso gli interventi volti alla riqualificazione della rete hanno lo scopo di migliorarne la funzionalità e l'efficienza, di renderla maggiormente idonea alle moderne esigenze di diagnosi e cura e maggiormente rispondente ai bisogni sanitari di tutti i cittadini. A tal fine la Regione ha deciso di strutturare l'offerta sanitaria su tre principali livelli: il livello territoriale, il livello intermedio costituito da una rete di presidi pubblici e privati, il livello specialistico composto da centri di alto livello e specializzazione. Ciò che risulta preponderante nel modello è l'integrazione dell'ospedale con il territorio, in quanto il territorio deve essere considerato la sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi socio-sanitari, attraverso lo sviluppo delle cure intermedie garantite dai servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali.

In quest'ottica i tre livelli vengono realizzati attraverso l'accorpamento in centri poliambulatoriali dei servizi di primo livello presenti sul territorio, in modo da evitare che il cittadino debba spostarsi eccessivamente per accedere ad ambulatori di diversa tipologia, che sono spesso complementari per la definizione della fase diagnostica. Ne è un esempio la rifunionalizzazione del vecchio Ospedale Sant'Anna di Como, dismesso, che sarà adibito a poliambulatorio e servizi ASL. Inoltre il modello prevede la creazione di reti di strutture al servizio di pazienti acuti e post-acuti, che si integrino con strutture specialistiche o settoriali di alto livello. Da ultimo, si prevede la realizzazione di centri di eccellenza specialistica per acuti, che soddisfino anche la richiesta di prestazioni sovraterritoriale.

Operativamente, con l'attuazione di circa cinquecento cantieri, la Regione Lombardia ha predisposto interventi: per l'adeguamento strutturale e impiantistico dei presidi esistenti, anche in vista dell'accreditamento, al fine di garantire l'erogazione dell'offerta sanitaria sul territorio; per l'attuazione di sinergie tra diverse strutture ospedaliere con specializzazioni complementari; e particolarmente per la realizzazione di nuovi centri di eccellenza distribuiti uniformemente su tutto il territorio, sulla base dei principi enunciati dalla commissione presieduta dal ministro Veronesi con la collaborazione dell'architetto Renzo Piano.

Sono stati, così, sovvenzionati i lavori per l'edificazione degli ospedali: Beato Giovanni XXIII a Bergamo, Sant'Anna di Como, Niguarda Ca' Granda a Milano, Nuovo Ospedale di Vimercate, Nuovo Ospedale di Legnano e il Nuovo Ospedale di Garbagnate. Oltre alla realizzazione dei masterplan per la riqualificazione degli ospedali San Gerardo di Monza e di Circolo e Fondazione Macchi di Varese. Su queste realizzazioni si impernia il massimo impegno della Regione nell'intento di realizzare strutture che siano all'avanguardia, facilmente adattabili al mutare dei bisogni clinici, all'interno delle quali il principio di umanizzazione si traduca in

una reale attenzione alla persona e dotate di elevata tecnologia. Infatti, il potenziamento della diagnostica strumentale facilita la contrazione della degenza a beneficio sia del cittadino che del sistema sanitario. Per tale motivo i nuovi ospedali lombardi sono e saranno strutturati con il 60% dello spazio dedicato ad ambulatori, day hospital e servizi di assistenza al paziente, mentre il restante 40% viene suddiviso equamente tra ricerca-didattica e reparti di degenza. D'altra parte, l'elevato numero di pazienti da trattare ha come conseguenza diretta sia un miglioramento delle conoscenze cliniche, grazie alla diversificazione e numerosità dei casi trattati, sia la necessità di usufruire di attrezzature tecnologiche di alto profilo per rispondere in modo consona alla domanda di assistenza.

Lo sforzo di creare strutture pensate per il paziente e totalmente adempienti ai principi richiesti dalla moderna architettura ospedaliera si vede, per esempio, nello studio degli accessi nel nuovo ospedale di Vimercate, che avrà quattro accessi differenziati per tipologia di utilizzo. Inoltre, nella definizione dello spazio interno, la posizione di ogni funzione è stata pensata esattamente in coerenza con le altre, garantendo la centralizzazione di attività comuni, come le sale operatorie, gli ambulatori e i laboratori, che possono essere utilizzati dalle diverse professionalità. Dal canto suo il progetto del nuovo Sant'Anna di Como ha rispettato le necessità paesaggistiche e storiche con la creazione di un sistema ospedaliero orizzontale che segue le curve naturali del terreno. Questa attenzione permette anche di aprire le camere di degenza sullo spazio verde che penetra anche all'interno attraverso corti.

Le camere per i pazienti sono generalmente progettate superando gli standard normativi di definizione dello spazio minimo e privilegiano la visuale della persona sdraiata, attraverso colori e decorazioni sul soffitto. L'accesso alle strutture avviene mediante una serie di filtri in successione, dalla *main street* che si configura in tutti i nuovi ospedali come lo spazio delle attività commerciali e pertanto di integrazione con l'intorno urbano (si veda l'Ospedale Beato Giovanni XXIII di Bergamo), ai servizi specialistici ambulatoriali, ai luoghi di degenza, fino alle funzioni sub intensive, operatorie e intensive. Infine tutte le nuove strutture sono dotate delle più avanzate tecnologie anche per il contenimento delle malattie infettive all'interno dei complessi ospedalieri.

I nuovi interventi sono andati a occupare aree urbane periferiche, restituendo alla città vasti comparti urbani che necessitano di una loro attenta gestione e rifunzionalizzazione.

Nell'attuazione di tali interventi, bisogna ricordare come la Regione Lombardia si sia affidata a forme di appalto in *project financing* e concessione, identificando un organo specialistico che funge da stazione appaltante, gestisce la procedura di gara e coordina il lavoro dei cantieri in termini di monitoraggio.

Attualmente gli interventi già eseguiti hanno permesso di vedere un miglioramento nello standard qualitativo e funzionale dei presidi, insieme a un maggior soddisfacimento della richiesta di prestazioni extraregionale e a una più efficace risposta alla necessità di riduzione del tasso di ospedalizzazione, del numero dei posti letto e della degenza media.

Ora ciò che maggiormente va perseguito è il raggiungimento di un equilibrio quantitativo tra dotazione di strutture e fabbisogno dell'utenza, ricercando politiche di disinvestimento di tutte quelle strutture che si valuta che per la loro storicità non supportano più le funzioni ospedaliere. La riorganizzazione del patrimonio storico qui proposta, punta proprio alla verifica delle strutture che ancora possono garantire l'efficienza sanitaria, permettendone una loro valorizzazione più che un loro sfruttamento. Tale riorganizzazione si inserisce all'interno di quella della rete sanitaria in generale. Viene quindi proposto un modello di razionalizzazione del patrimonio storico, che si accorda con quello seguito nella riorganizzazione della rete sanitaria globale lombarda, e, in relazione agli interventi di dismissione attuati, permette di realizzare un'equa e uniforme distribuzione di tutte le strutture sul territorio divise secondo la loro specifica funzione.

5.4 Lo scenario attuale

Nelle tabelle di seguito si riporta il panorama di tutti i presidi ospedalieri lombardi come rilevati durante il censimento del 2001, indicando, per ogni presidio, l'età, il numero di posti letto aggiornati al 2011, lo stato di conservazione in metri quadri, i metri quadri di superficie su cui si erano programmati interventi di riqualificazione, e la percentuale di superficie soggetta a intervento rispetto alla superficie lorda di pavimento totale.

Conseguentemente viene riportata una tabella che illustra lo scenario del patrimonio ospedaliero attuale, individuando dal 2001 a oggi quali sono stati gli interventi di dismissione messi in atto da Regione Lombardia. Nello specifico nella tabella sono indicati quali ospedali sono già stati dismessi o in via di dismissione, quali sono stati già rifunzionalizzati e quali nuovi ospedali sono stati costruiti in sostituzione di quelli dismessi. Si nota come negli ultimi dieci anni su un totale di 118 presidi ne sono stati dismessi o sono in via di dismissione solo 15 e in sostituzione di questi sono stati costruiti di recente 7 nuovi poli ospedalieri. Sul totale degli ospedali dismessi 7 sono stati mantenuti totalmente o parzialmente a funzione sanitaria con la presenza di attività poliambulatoriali o ASL, oppure sono stati rifunzionalizzati per attività socio-sanitarie (Comunità protetta, Residenza Sanitaria Assistenziale, Servizi sociali); 2 ospitano rispettivamente funzioni di polo scolastico e università; uno è stato ceduto a una società privata con il progetto di destinare l'area a funzione residenziale e commerciale, mentre i restanti sono ancora in attesa di rifunzionalizzazione.

I luoghi della salute: uno strumento per la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio storico lombardo

Stato di consistenza del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie. Epoca, stato di conservazione, superficie da adeguare, posti letto. Aziende ospedaliere e IRCCS. Regione Lombardia (2001).											
Azienda	Prima costruzione	Ultima ristrutturazione	Ultimo ampliamento	p.l. aggiornato al 1/1/2011	Stato di conservazione prevalente (mq)				Interventi di adeguamento		
					n.c.	scadente	sufficiente	buono	mq di intervento	mq slp totale	% intervento
Provincia Bergamo											
AO Bolognini											
Pesenti Fomaroli, Alzano Lombardo	1700	1990		181			17.477		18.959	21.302	89%
S. Biagio, Clusone	1920	1960					6.220		0	6.220	0%
Briolini, Gazzaniga	1930	1960	1970	76			29.972		29.972	29.972	100%
SSS Capitanio e Ceresa, Lovere	1906	2001	2001	97			12.072		9.390	12.072	78%
M.O.A. Locatelli, Piarlo	1930	1980		123			11.000		0	11.000	0%
P.A. Faccanoni, Samico	1930	1999	1970	114			11.102		0	11.102	0%
Bolognini, Seriate	1800	1995	1975	252		24.700	4.060	13.590	184	19.090	45.834
S. Isidoro, Trescore Balneario	1900		1998	91			9.150		6.000	9.150	66%
Totali azienda				820	24.700	4.060	110.583	184	83.411	146.652	57%
AO Ospedale Treviglio Caravaggio											
F. M. Passi, Calcinatè	1842	2000		72			18.981		6.687	18.981	35%
Ospedale Civile, Martinengo	1870	1998					4.515		1.256	4.515	28%
Santissima Trinità, Romano di Lombardia	1916	1999	2001	148			24.303		20.970	24.303	86%
Ospedale Civile, S. Giovanni Bianco	1967	2000		112			15.496		13.579	15.496	88%
Ospedale, Treviglio	1970	2001	1997	356			40.746		21.913	40.746	54%
Totali azienda				688	0	0	140.041	0	64.405	104.041	62%
AO Ospedali Riuniti Bergamo											
Ospedali Riuniti, Bergamo	1930	1999	1993	1.059	47	37.348	59.145	24.849	65.911	124.023	53%
Totali azienda				1.059	30%	48%	20%				
Totali Provincia Bergamo: 14 presidi	12 presidi con più di 70 anni			2.567	24.747	41.408	273.769	25.033	213.727	374.716	57%
					7%	11%	73%	7%			
Provincia Brescia											
ASL Valcamonica Sebino											
Ospedale, Edölo	1970		1985				8.547		3.500	8.547	41%
Ospedale, Esine	1992			352				39.108	0	39.108	0%
Totali azienda				352			8.547	39.108	3.500	47.655	7%
							18%	82%			
AO Desenzano del Garda											
Ospedale, Desenzano del Garda	1978		1994	244			36.334	796	36.334	37.130	98%
La Memoria, Gavardo	1847	1997	1995	152			1.050	16.331	12.523	17.381	72%
Ospedale, Leno	1968			16			21.845		18.607	22.559	82%
Ospedale, Manerbio	1935	1990	1980	246				22.640	19.845	22.640	88%
Ospedale, Salò	1826	1994		15			9.000		3.825	9.000	42%
Totali azienda				673	68.229	48.941	58%	42%	97.408	117.884	83%

Azienda	Prima costruzione	Ultima ristrutturazione	Ultimo ampliamento	p.l. aggiornato al 1/1/2011	Stato di conservazione prevalente (mq)			Interventi di adeguamento			
					n.c.	scadente	sufficiente	buono	mq di intervento	% intervento	
AO Mellino Mellini	1905	2001		234	14.727	2.412	12.075	6.347	22.414	36.401	62%
	1400	2001	1998	105	13.312			2.799	6.197	16.111	38%
	1832	2000	1990		5.956				5.200	5.956	87%
	1790	1950	1971				9.514		400	9.514	4%
	1866	1982		Solo attività ambulatoriale							
				339	14.727	22.251	26.968	9.146	34.782	73.932	47%
						20%	30%	36%	12%		
AO Spedali Civili Brescia	1938	1985	1987	1.313		134.561	3.425	2.524	108.760	140.510	77%
	1860			175		54.035			5.320	54.035	10%
	1750	1960	1993	30	3.882				3.882	3.882	100%
	1962			145		7.270		28.067	7.900	35.337	22%
	1972			140			30.100		3.416	30.100	11%
				1.803	199.748	33.525	30.591	12%	129.276	263.864	49%
						76%	13%				
Totali Provincia Brescia: 18 presidi				3.167	14.727	298.775	109.434	78.845	264.966	503.335	53%
					3%	59%	22%	16%			
Provincia Como											
	1959	1998					14.870		14.870	14.870	100%
							100%				
AO Sant'Anna	1930	1995		154	340		18.592	2.583	10.913	30.933	35%
	1900		1998	574	2.200	47.925	25.517		45.107	75.642	60%
	1892	1991		65			17.455	146	11.899	21.659	55%
	1986		2001	78				13.898	6.785	13.898	49%
				871	2.540	47.925	61.564	16.627	74.704	142.132	53%
					2%	34%	43%	12%			
				871	2.540	47.925	76.434	16.627	89.574	157.002	57%
Totali Provincia Como: 5 presidi					2%	34%	49%	12%			
Provincia Cremona											
	1967	2001	2001	589		2.678		4.440	90.347	92.525	98%
	1985			179			25.715		11.510	25.715	45%
				589		2.678	25.715	4.440	101.857	118.240	86%
						2%	22%	4%			
AO Ospedale Maggiore Crema											
	1969	2000		362		1.876	26.037		25.659	27.913	92%
		1970	1970	81			10.805		8.491	10.805	79%

I luoghi della salute: uno strumento per la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio storico lombardo

Azienda	Prima costruzione	Ultima ristrutturazione	Ultimo ampliamento	p.l. aggiornato al 1/1/2011	Stato di conservazione prevalente (mq)				Interventi di adeguamento		
					n.c.	scadente	sufficiente	buono	mq di intervento	mq slp totale	% intervento
Robbiani, Soresina						5,680			4.339	5,680	76%
Totali azienda				443		7.556	36.842		38.489	44.398	87%
						17%	83%				
Totali Provincia Cremona: 5 presidi				1.903		10.234	62.557	4.440	140.346	162.638	86%
						6%	38%	3%			
Provincia Lecco											
AO Lecco											
Umberto I Bellano, Bellano	1911	1974		42	9.900			1.890	14.440	19.800	73%
Ospedale, Lecco	1900	2000		573				140.800	140.800	140.800	100%
San Leopoldo Mandic, Merate	1910	2000	1998	286		10.239	10.315	6.372	17.655	26.926	66%
Totali azienda				901	9.900	10.239	18.325	149.062	172.895	187.526	92%
					5%	5%	10%	79%			
IRCCS I.N.R.C.A.											
I.N.R.C.A., Casatenovo	1900	1972		60			6.700		2.400	6.700	36%
Totali azienda				60			100%				
Totali Provincia Lecco: 4 presidi	3 presidi con più di 70 anni			961	9.900	10.239	25.025	149.062	175.295	194.226	90%
					5%	5%	13%	77%			
Provincia Lodi											
ASL Lodi											
Rossi, Casalpusterlengo	1967		1970	93		19.016			11.850	19.016	62%
Ospedale Civico, Codogno	1900	2001	2002	130		19.708	23.754		20.506	43.462	47%
Ospedale, Lodi	1700	1965		348		37.722	419		44.393	50.078	89%
Delmati, S. Angelo Lodigiano	1974			123			21.839		21.158	21.839	97%
Totali azienda				694		76.446	46.012		97.907	134.395	73%
						57%	34%				
Totali Provincia Lodi: 4 presidi	2 presidi con più di 70 anni			694		76.446	46.012		97.907	134.395	73%
						57%	34%				
Provincia Milano											
ASL Provincia Milano 2											
A. Zappaloni, Cassano d'Adda	1821	1891	1972	50		12.884			12.322	12.884	96%
Totali azienda				50		100%					
AO Melegnano											
Ospedale, Cernusco sul Naviglio	1700	1992	1982	154			17.376	1.933	12.079	19.309	63%
Ospedale, Gorgonzola	1700	2000		43			17.175		9.668	17.175	56%
Ospedale, Melzo	1600	1980		171			12.954		11.505	12.954	89%
Ospedale, Vizzolo Predabissi	1969		1983	322			41.600		35.556	41.600	85%
Totali azienda				690			89.105	1.933	68.808	91.038	76%
							98%	2%			

Azienda	Prima costruzione	Ultima ristrutturazione	Ultimo ampliamento	p.l. aggiornato al 1/1/2011	Stato di conservazione prevalente (mq)				Interventi di adeguamento				
					n.c.	scadente	sufficiente	buono	mq di intervento	% intervento	mq slp totale	% intervento	
AO Fatebenefratelli e Oftalmico													
	1932				135			9.755		9.755		9.755	100%
	1836	1984			381	16.493	34.515	8.740	30.950	59.748	30.950	59.748	52%
					516	16.493	44.270	8.740	40.705	69.503	40.705	69.503	59%
AO G.Salvini													
	1930	2001			150	13.816	4.781		16.646	19.353	16.646	19.353	86%
	1923	1998	1975		332	43.752	9.551	2.657	64.078	81.301	64.078	81.301	79%
	1600	1998			137	11.400	2.650		14.000	14.050	14.000	14.050	100%
	1948	2000			267	11.210	8.845	5.507	18.730	25.562	18.730	25.562	73%
					886	80.178	25.827	8.164	113.454	140.266	113.454	140.266	81%
AO Istituti Clinici di Perfezionamento													
	1906				180		18.748		22.154	28.288	22.154	28.288	78%
	1930		1954		113	20.290	2.204		16.760	24.694	16.760	24.694	68%
	1906		1936			11.931	45.595	2.208	22.369	59.734	22.369	59.734	37%
					293	32.221	66.547	2.208	61.283	112.716	61.283	112.716	54%
AO Istituto Ortopedico Gaetano Pini													
	1925	2001			436		14.760		5.616	37.859	5.616	37.859	15%
					436								
AO Luigi Sacco													
	1931	1978	2000		564	15.972	34.628	37.219	79.142	87.819	79.142	87.819	90%
					564	18%	39%	42%					
AO Niguarda Ca' Granda													
	1939	2001			1.215	71.439	25.714		61.727	143.056	61.727	143.056	43%
					1.215	50%	18%						
AO Ospedale Civile Legnano													
	1920	1990	1980		120	17.677	827		18.504	18.504	18.504	18.504	100%
	1929	1985				10.958		6.071	17.029	17.029	17.029	17.029	100%
					653 (con ospedale di Cuggiono)								
Ospedale, Legnano	1904	2000	1963			11.562	47.483		58.218	59.045	58.218	59.045	99%
	1969	1990		401	13.120	33.574		46.694	46.694	46.694	46.694	100%	
				1.174	53.317	81.884	6.071	140.445	141.272	140.445	141.272	99%	
						38%	58%	4%					
AO Ospedale Civile Vimercate													
	1900				161	3.300	3.350		3.300	6.650	3.300	6.650	50%
	1967			365	33.594			12.120	31.595	45.714	31.595	45.714	69%
	1860			138	5.450	5.750			6.150	11.200	6.150	11.200	55%
Borella, Gussano													
Trabattori Ronzoni, Seregno													
	1870	2001	1970	100	5.075			5.500	5.895	10.575	5.895	10.575	56%
Città di Sesto, Sesto S.Giovanni													
	1961	1990		208	9.320	36.242			22.790	45.562	22.790	45.562	50%

I luoghi della salute: uno strumento per la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio storico lombardo

Azienda	Prima costruzione	Ultima ristrutturazione	Ultimo ampliamento	p.l. aggiornato al 1/1/2011	Stato di conservazione prevalente (mq)			Interventi di adeguamento		
					n.c.	scadente	sufficiente	buono	mq di intervento	% intervento
Crota Oltrocchi, Vaprio d'Adda	1900	2001		52		3.418	7.490	1.543	11.361	12.451
Ospedale Civile, Vimercate	1783	2001	1990	483		8.987	40.728	1.867	43.595	51.582
Totali azienda				1.507		59.824	66.638	57.272	124.686	183.734
						33%	36%	31%		68%
AO S. Gerardo										
E. Bassini, Cinisello Balsamo	1979			320			81.300		30.800	81.300
Ospedale, Lissone	1978	2001					9.280		7.840	9.280
S.Gerardo, Monza	1896	2000	1975	766		28.223	147.608		124.816	175.831
Totali azienda				1.086		28.223	238.188		163.456	266.411
						11%	89%			61%
AO San Carlo Borromeo										
S.Carlo Borromeo, Milano	1966	1999	1999	591			53.462	15.535	51.825	68.997
Totali azienda				591			77%	23%		75%
AO San Paolo										
San Paolo, Milano	1979	1999	1990	595			101.820		64.100	101.820
Totali azienda				595			100%			63%
IRCCS Istituto dei Tumori										
Istituto dei Tumori, Milano	1929	1985	1979	401			55.539	30.011	43.332	85.550
Totali azienda				401			65%	35%		51%
IRCCS Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta										
Carlo Besta, Milano	1932		1994	202			28.028		22.201	28.028
Totali azienda				202			100%			79%
IRCCS Ospedale Maggiore Milano										
Maggiore, Milano	1700	1999	1988	977		82.610	2.805	2.160	20.768	101.495
Totali azienda				977		81%	3%	2%		20%
Totali Provincia Milano: 36 presidi	27 presidi con più di 70 anni			11.183		453.161	929.215	169.313	1.073.870	1.672.448
						27%	56%	10%		64%
Provincia Mantova										
ASL Mantova										
Ospedale, Bozzolo		1971	1975	100		15.127			6.890	15.127
Totali azienda				100		100%				46%
AO Carlo Poma										
Ospedale Civile, Asola	1880	1972		91		770	12.486	316	10.749	13.572
Ospedale, Castiglione delle Stiviere	1830	2001	1990			80	431	28.713	25.203	29.224
Carlo Poma, Mantova	1926	2001		541		21.478	62.378	7.943	86.369	96.149
Destra Secchia, Pieve di Coriano	1988	2001		177				36.945	0	36.945
Ospedale, Suzzara	1980			129		23.380			8.217	23.380
Ospedale, Volta Mantovana	1950	1991		85			234	8.090	7.804	8.324
Totali azienda				1023		45.708	75.529	82.007	138.342	207.594
						22%	36%	40%		67%

Azienda	Prima costruzione	Ultima ristrutturazione	Ultimo ampliamento	p.l. aggiornato al 1/1/2011	Stato di conservazione prevalente (mq)			Interventi di adeguamento		
					n.c.	scadente	sufficiente	buono	mq di intervento	mq slp totale % intervento
Totale Provincia Mantova: 7 presidi	3 presidi con più di 70 anni			1123		60.835	75.529	82.007	145.232	222.721 65%
						27%	34%	37%		
Provincia Pavia										
ASL Pavia										
Arnaboldi, Broni	1889	1989		21		6.312			5.801	6.312 92%
Carlo Mira, Casorate Primo	1928	2000	1969	92		5.844	3.626		2.523	9.470 27%
S. Martino, Mede	1954	1989	1964	95		6.759		4.388	2.000	11.147 18%
Asilo Vittoria, Mortara	1929	1999	1973	118	2812	5.801	210	7.218	5.322	16.041 33%
Sola Forno Gazzaniga, Stradella	1852	1985			9500	8.646	178		16.651	18.324 91%
SS Annunziata, Varzi	1974	2000		36		5.878	2.418		8.296	8.296 100%
Ospedale Civile, Vigevano	1912	2000	1991	242		2.892	24.026	920	29.800	36.390 82%
Ospedale Civile, Voghera	1884	1999	1999	318	8000	11.956	18.804	8.360	29.130	47.120 62%
Totale azienda				922	20312	54.088	49.262	20.886	99.523	153.100 65%
					13%	35%	32%	14%		
IRCCS Policlinico San Matteo										
San Matteo, Pavia	1910	1998	2001	1.007		18.653	115.124	16.198	184.474	186.733 99%
Totale azienda				1.007		10%	62%	9%		
Totale Provincia Pavia: 9 presidi	7 presidi con più di 70 anni			1.929	20.312	72.741	164.386	37.084	283.997	339.833 84%
					6%	21%	48%	11%		
Provincia Sondrio										
ASL Sondrio										
Ospedale, Chiavenna	1890			77		325	13.650	781	13.727	14.756 93%
Ospedale Morbegno	1930	1990		63		7.012	3.370	1.842	10.382	12.224 85%
Ospedale Sondrio	1859			351		56.622	6.042		56.979	62.664 91%
Totale azienda				491		63.959	23.062	2.623	81.088	89.644 90%
						71%	26%	3%		
AO E. Morelli										
E. Morelli, Sondalo	1940	2000		361		12.176	60.880	38.403	82.943	123.635 67%
Totale azienda				361		10%	49%	31%		
Totale Provincia Sondrio: 4 presidi	4 presidi con più di 70 anni			852		76.135	83.942	41.026	164.031	213.279 77%
						36%	39%	19%		
Provincia Varese										
AO Ospedale di Circolo Busto Arsizio										
Ospedale di Circolo, Busto Arsizio	1920	2001	2001	504	6.500	32.117	37.319	2.160	46.195	78.096 59%
Provinciale, Sanonno	1900	1987	2001	347	2.605	22.015	8.850	9.932	29.031	43.402 67%
Galmarini, Tradate	1914	1996	1998	188		17.832			11.650	24.093 48%
Totale azienda				1039	9.105	71.964	46.169	12.092	86.876	145.591 60%
					6%	49%	32%	8%		

I luoghi della salute: uno strumento per la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio storico lombardo

Azienda	Prima costruzione	Ultima ristrutturazione	Ultimo ampliamento	p.l. aggiornato al 1/1/2011	Stato di conservazione prevalente (mq)			Interventi di adeguamento	
					n.c.	scadente	sufficiente	buono	mq di intervento
AO Ospedale di Circolo Macchi Causa Pia Luvini, Cittiglio	1700	1996	1972				18.636	18.636	100%
	1912			75		12.094	5.320	17.414	100%
	1906	1995	1997			6.639	8.520	15.159	100%
	1930	2001		144		3.850	11.875	15.725	98%
	1908	2001	2001	694		39.242	6.127	4.250	23%
	1960					3.657		3.657	100%
				913		65.482	50.479	4.250	86.165 140.590 61%
						47%	36%	3%	
AO S. Antonio Abate Ospedale. Angera	1890	1998	1980	94		2.180	6.960	3.580	5.120 12.720 40%
	1870	1992	1985	424		27.925	13.116	35.559	47.981 74%
	1919	1982	1960	97		11.164	1.671	1.183	5.300 14.018 38%
				615		41.269	21.747	4.763	45.979 74.719 62%
						55%	29%	6%	
				2567		9.105	178.715	118.395	21.105 360.900 61%
	11 presidi con più di 70 anni					3%	50%	33%	6%
Riepilogo generale: 118 presidi	83 presidi con più di 70 anni			27.817		81.331 1.326.61	1.964.69	624.542	2.867.96 4.335.493 66%
						2%	31%	45%	14%

5. Il sistema sanitario lombardo

Stato di consistenza del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie. Immobili dismessi negli ultimi 10 anni.			
Azienda	Dismessi	Costruiti ex novo	Note
Provincia Bergamo			
AO Bolognini			
Pesenti Fornaroli, Alzano Lombardo			
S. Biagio, Clusone	Dismesso		Rifunzionalizzato per funzioni socio-sanitarie: Distretto socio-sanitario della Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve, uffici dei Servizi sociali del Comune di Clusone, sede AVIS e nuova RSA Sant'Andrea.
Briolini, Gazzaniga			
SS Capitano e Gerosa, Lovere			
M.O.A. Locatelli, Piario			
P.A. Faccanoni, Sarnico			
Bolognini, Seriate			
S. Isidoro, Trescore Balneario			
AO Ospedale Treviglio Caravaggio			
F. M. Passi, Calcinatè			
Ospedale Civile, Martinengo	Dismesso		Parzialmente utilizzato come sede del Comando di Polizia Locale e di una Comunità protetta per disturbi psichici. Non c'è attualmente un disegno organico di rifunzionalizzazione.
Santissima Trinità, Romano di Lombardia			
Ospedale Civile, S. Giovanni Bianco			
Ospedale, Treviglio			
AO Ospedali Riuniti Bergamo			
Ospedali Riuniti, Bergamo	Dismesso	Nuovo ospedale	Non ancora rifunzionalizzato
Provincia Brescia			
ASL Vallecampaonica Sebino			
Ospedale, Edolo			
Ospedale, Esine			
AO Desenzano del Garda			
Ospedale, Desenzano del Garda			
La Memoria, Gavardo			
Ospedale, Leno			
Ospedale, Manerbio			
Ospedale, Salò			
AO Mellino Mellini			
Ospedale, Chiari			
Ospedale, Iseo			
Ospedale, Orzinuovi			
Ospedale Palazzolo	Dismesso		Ospedale con meno di 70 anni. Dismesso dalle attività di ricovero ospedaliere, mantenuto solo per attività ambulatoriale
Ospedale Rovato	Solo attività ambulatoriale		
AO Spedali Civili Brescia			
Spedali Civili, Brescia			
Ospedale dei Bambini Umberto I, Brescia			
Cardiologia riabilitativa, Fasano del Garda			
Ospedale, Gardone Val Trompia			
Ospedale, Montichiari			
Provincia Como			
ASL Como			
Beldosso, Longone al Segrino	Dismesso		Ospedale con meno di 70 anni. Parzialmente rifunzionalizzato come sede dell'Istituto alberghiero Romagnosi

I luoghi della salute: uno strumento per la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio storico lombardo

Azienda	Dismessi	Costruiti ex novo	Note
AO Sant'Anna			
Ospedale di Circolo, Cantù			
Sant'Anna, Como	Dismesso	Nuovo ospedale	Parzialmente utilizzato per attività poliambulatoriale e sede ASL, per la restante parte non ancora rifunzionalizzato.
F. Villa, Mariano Comense			
Ospedale di zona, Menaggio			
Provincia Cremona			
AO Istituti Ospitalieri Cremona			
Ospedale, Cremona			
Ospedale, Vicomosciano			
AO Ospedale Maggiore Crema			
Ospedale, Crema			
S. Marta, Rivolta d'Adda			
Robbiani, Soresina	Dismesso	Nuovo polo sanitario con attività poliambulatoriale e riabilitativa	Non ancora rifunzionalizzato
Provincia Lecco			
AO Lecco			
Umberto I Bellano, Bellano			
Ospedale, Lecco	Dismesso	Nuovo ospedale (anno costruzione 2000)	Rifunzionalizzato come sede dell'università Politecnico di Milano
San Leopoldo Mandic, Merate			
IRCCS I.N.R.C.A.			
I.N.R.C.A., Casatenovo			
Provincia Lodi			
ASL Lodi			
Rossi, Casalpusterlengo			
Ospedale Civico, Codogno			
Ospedale, Lodi			
Delmati, S. Angelo Lodigiano			
Provincia Milano			
ASL Provincia Milano 2			
A. Zappatoni, Cassano d'Adda			
AO Melegnano			
Ospedale, Cernusco sul Naviglio			
Ospedale, Gorgonzola			
Ospedale, Melzo			
Ospedale, Vizzolo Predabissi			
AO Fatebenefratelli e Oftalmico			
Macedonio Melloni, Milano			
Fatebenefratelli, Milano			
AO G.Salvini			
Caduti Bollatesi, Bollate			
G.Salvini, Garbagnate Milanese	In via di dismissione al termine dei lavori per la realizzazione del nuovo ospedale	Nuovo ospedale	Ancora non esiste un progetto di rifunzionalizzazione
Ospedale, Passirana di Rho			
Ospedale, Rho			
AO Istituti Clinici di Perfezionamento			
Vittore Buzzi, Milano			
C.T.O., Milano			
Via Commenda, Milano			
AO Istituto Ortopedico Gaetano Pini			
Gaetano Pini, Milano			
AO Luigi Sacco			
AO Luigi Sacco, Milano			
AO Niguarda Ca' Granda			
Niguarda Ca' Granda, Milano			

5. Il sistema sanitario lombardo

Azienda	Dismessi	Costruiti ex novo	Note
AO Ospedale Civile Legnano			
C.Cantù, Abbiategrasso			
Ospedale, Cuggiono			
Ospedale, Legnano	Dismesso	Nuovo ospedale	Non ancora rifunzionalizzato
G.Fornaroli, Magenta			
AO Ospedale Civile Vimercate			
Vittorio Emanuele III, Carate Brianza			
Ospedale di Circolo, Desio			
Borella, Giuszano			
Trabattoni Ronzoni, Seregno			
Città di Sesto, Sesto S.Giovanni			
Crotta Oltrocchi, Vaprio d'Adda			
Ospedale Civile, Vimercate	Dismesso	Nuovo ospedale	Non ancora rifunzionalizzato
AO S.Gerardo			
E. Bassini, Cinisello Balsamo			
Ospedale, Lissone	Dismesso		Ospedale con meno di 70 anni. Dismesso dalle attività di ricovero ospedaliero, mantenuto solo per attività ambulatoriale
S.Gerardo, Monza			Vecchio ospedale San Gerardo del 1896 dismesso definitivamente nel 2009. Attualmente presenza di attività poliambulatoriale.
AO San Carlo Borromeo			
S.Carlo Borromeo, Milano			
AO San Paolo			
San Paolo, Milano			
IRCCS Istituto dei Tumori			
Istituto dei Tumori, Milano			
IRCCS Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta			
Carlo Besta, Milano			
IRCCS Ospedale Maggiore Milano			
Maggiore, Milano			
Provincia Mantova			
ASL Mantova			
Ospedale, Bozzolo			
AO Carlo Poma			
Ospedale Civile, Asola			
Ospedale, Castiglione delle Stiviere			OPG
Carlo Poma, Mantova			
Destra Secchia, Pieve di Coriano			
Ospedale, Suzzara			
Ospedale, Volta Mantovana			
Provincia Pavia			
ASL Pavia			
Amaboldi, Broni	Dismesso	Nuovo ospedale Broni-Stradella (anno costruzione 2009)	Dismesso dalle attività di ricovero ospedaliero, mantenuto solo per attività di degenza dell'Unità operativa di riabilitazione generale e per attività ambulatoriale dell'ASL e dell'AO.
Carlo Mira, Casorate Primo			
S. Martino, Mede			
Asilo Vittoria, Mortara			
Sola Forni Gazzaniga, Stradella	Dismesso	Nuovo ospedale Broni-Stradella (anno costruzione 2009)	Venduto a società privata. Parzialmente demolito con progetto di riedificazione di fabbricati a uso residenziale, terziario e commerciale non ancora attuato. Mantenuti unicamente i padiglioni soggetti a vincolo e non ancora rifunzionalizzati.

I luoghi della salute: uno strumento per la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio storico lombardo

Azienda	Dismessi	Costruiti ex novo	Note
SS. Annunziata, Varzi			
Ospedale Civile, Vigevano			
Ospedale Civile, Voghera			
IRCCS Policlinico San Matteo			
San Matteo, Pavia			
Provincia Sondrio			
ASL Sondrio			
Ospedale, Chiavenna			
Ospedale Morbegno			
Ospedale Sondrio			
AO E. Morelli			
E. Morelli, Sondalo			
Provincia Varese			
AO Ospedale di Circolo Busto Arsizio			
Ospedale di Circolo, Busto Arsizio			
Provinciale, Saronno			
Galmarini, Tradate			
AO Ospedale di Circolo Macchi			
Causa Pia Luvini, Cittiglio			
Ospedale, Cuasso al Monte			
Luini Confalonieri, Luino			
Filippo del Ponte, Varese			
Ospedale di Circolo, Varese			
Ospedale di Velate, Varese			
AO S. Antonio Abate			
Ospedale, Angera			
Ospedale, Gallarate			
Ospedale, Somma Lombardo			

Come traspare dalla tabella, molte strutture dismesse non sono ancora state rifunzionalizzate o ospitano parzialmente funzioni provvisorie senza un reale progetto organico di rifunzionalizzazione. Questa mancanza genera l'abbandono di questi edifici o di alcune loro parti, con un conseguente notevole aumento del degrado e dell'obsolescenza, non solo degli immobili ma spesso anche dell'intero comparto urbano, che vede mancare una funzione che per decenni lo ha reso vitale. I motivi che sottendono la mancanza di un veloce processo di reimmissione nel circuito d'uso di queste strutture sono molteplici. Innanzitutto risulta difficile modificare la destinazione d'uso di strutture che da decenni hanno avuto funzione sanitaria, dovendosi adeguare alle normative vigenti relative alle nuove funzioni. In secondo luogo, questi immobili sono spesso ubicati nei centri storici delle città, sono caratterizzati da una generale obsolescenza a cui si deve fare fronte, presentano caratteristiche architettoniche di pregio e spesso sono soggette a vincoli; tutti fattori che rendono difficoltoso il loro immediato utilizzo alternativo e dunque la loro alienazione.

In seguito alla dismissione della struttura, infatti, tante sono le strade percorribili. Esse possono prevedere l'alienazione dei fabbricati mediante vendita al pubblico o al privato, oppure la rifunzionalizzazione per attività socio-sanitarie che vanno a costituire l'assistenza territoriale di base, o ancora la rifunzionalizzazione per attività di interazione come uffici o amministrazione. Spesso, come si vede, gli ospedali dismessi vengono mantenuti per le attività sanitarie di tipo ambulatoriale, in modo da sopperire alla mancanza di funzioni che si viene a creare nel territorio e per non sovraccaricare, con un aumento di attività, i presidi e i territori vicini su cui si sposta inevitabilmente l'utenza.

In effetti in una logica di rete ospedaliera, comprendente tutto il territorio, l'insediamento nei vecchi ospedali delle attività di riabilitazione, prevenzione e continuità assistenziale può rappresentare la loro naturale evoluzione. In caso di

alienazione, invece, sarebbe opportuno insediare in questi immobili attività direttamente utili alla comunità, in modo da ricompensarla della chiusura dell'ospedale. Queste funzioni possono essere musei, biblioteche, centri culturali o sociali, università, come infatti nel corso della storia spesso è accaduto, risultando essere queste le funzioni che più si sono adattate a essere contenute all'interno delle tipologie edilizie ospedaliere.

In ogni caso bisogna tenere presente come qualunque operazione di dismissione, se condotta in modo adeguato, necessiti l'azione sinergica con gli enti locali e tutti gli attori del territorio in modo da scegliere la migliore modalità di riuso e valorizzazione di immobili che nella storia sono stati al servizio della comunità in cui inseriti, e, pertanto, punti di riferimento.

E' da rilevare come, per quanto riguarda le strutture che non sono state ancora dismesse, la Regione abbia attuato interventi di riqualificazione, ammodernamento e adeguamento per la maggior parte di esse. Riguardo a questo patrimonio ancora in uso dal servizio sanitario viene applicato lo strumento proposto in questa tesi, in modo da individuare quali strutture è bene ancora dismettere.

In una logica di disinvestimento della maggior parte delle strutture storiche delle aziende sanitarie sarà sicuramente necessario riportare la gestione di tutto questo patrimonio a un'unica strategia regionale che coordini in una visione di insieme la valutazione del miglior processo di rifunzionalizzazione e valorizzazione di ogni ospedale storico dismesso.

6 CASI STUDIO

La ricerca si è avvalsa dell'indagine di alcuni specifici casi studio del territorio lombardo, con l'obiettivo di definire i criteri di valutazione per il mantenimento o la dismissione di un ospedale storico all'interno della razionalizzazione del patrimonio ospedaliero storico della Regione Lombardia. Si è delimitato il campo di studio all'analisi delle strutture lombarde in quanto, come inizialmente spiegato, i dati della Lombardia rispecchiano il dato italiano sullo stato di conservazione del patrimonio e da diversi anni la Regione ha portato avanti un processo di mappatura del patrimonio sanitario nonché di significativa riqualificazione dello stesso mediante capitale pubblico e privato; inoltre la Lombardia presenta un numero di strutture sanitarie con valore storico-artistico tra i più elevati. L'analisi specifica delle singole strutture ospedaliere risulta di fondamentale importanza, al di là dello studio del patrimonio nella sua totalità, poiché le scelte di dismissione o mantenimento, interne al processo di razionalizzazione, non possono prescindere dalla valutazione dei singoli casi, in ragione della singolarità delle problematiche e delle condizioni al contorno.

I casi studio selezionati rappresentano complessi ospedalieri parzialmente vincolati o comunque con particolare rilevanza storico-artistica, che, non rispondendo più in modo adeguato alle esigenze sanitarie, hanno subito un processo di recupero o di completa dismissione dalle funzioni ospedaliere.

All'interno della complessità di interventi di riqualificazione o dismissione realizzati in questi ultimi anni dalla Regione Lombardia sui complessi ospedalieri, i criteri che hanno portato alla selezione dei casi studio si sono indirizzati verso:

- il riferimento a ospedali tutt'ora attivi o di recente dismissione;
- il riferimento a strutture di rilevanza storica, vincolate o comunque aventi più di settanta anni;
- il riferimento a complessi ospedalieri sia di capoluoghi di provincia che si costituiscono come Aziende Ospedaliere, sia di città minori che si costituiscono come presidi;
- l'analisi di progetti sia di recupero che di dismissione e nuova costruzione;
- l'analisi di progetti di recupero o dismissione di più recente attuazione, in modo da esaminare le problematiche più attuali a livello regionale;
- l'analisi di progetti di riqualificazione che hanno portato cambiamenti considerevoli sull'assetto del complesso ospedaliero;

- l'analisi di progetti giudicati di maggior interesse in relazione alla diversità delle motivazioni che hanno indirizzato la scelta di riqualificazione o dismissione, in relazione alla presenza di un reale e approfondito dibattito tra gli organi interessati per giungere a tale scelta, in relazione alla rilevanza che le strutture hanno avuto nel corso della storia;
- il riferimento a progetti realmente eseguiti o in corso di esecuzione, al fine di poter analizzare dati e problematiche di natura reale e non utopistica;
- la possibilità di reperimento del materiale documentale.

Alla luce di quanto detto sono stati presi in considerazione otto casi studio, per la cui lettura si rimanda alle schede allegate alla tesi, che sono: gli Ospedali Riuniti di Bergamo, l'Ospedale Sant'Anna di Como, l'Ospedale Carlo Poma di Mantova, l'Ospedale Civile di Vimercate, l'Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese, l'Ospedale Eugenio Morelli di Sondalo, l'Ospedale Civile di Legnano, l'Ospedale Guido Salvini di Garbagnate.

Questi complessi ospedalieri rappresentano gli interventi di maggiore rilevanza che sono stati attuati dalla Regione Lombardia per l'ammodernamento e la riorganizzazione della rete ospedaliera lombarda. La trattazione di ogni caso studio è stata divisa in due parti, la prima riguardante lo sviluppo storico che ha avuto l'istituzione ospedaliera, partendo dalla sua fondazione e analizzando l'evoluzione dei diversi interventi di ammodernamento e nuova costruzione che l'hanno caratterizzata; la seconda riguardante l'attuale intervento di riqualificazione o dismissione e conseguente nuova costruzione. Pertanto per ogni caso studio è stato riportato:

- lo scenario storico che ha portato alla fondazione dell'istituzione ospedaliera;
- l'evoluzione storica dell'Ospedale, individuando le diverse sedi che nel corso dei secoli l'hanno ospitato;
- il ruolo storico che ha avuto nel contesto urbano;
- la descrizione del manufatto originario su cui è stato effettuato l'attuale progetto di recupero o la dismissione, la sua collocazione all'interno della città e la presenza di vincoli architettonici o urbanistici;
- il ruolo dell'Ospedale all'interno della rete sanitaria lombarda;
- la descrizione dello scenario e delle problematiche che hanno portato al progetto di recupero o alla dismissione;
- le motivazioni che hanno sotteso la scelta di intervento;
- la descrizione dell'intervento con l'analisi dei caratteri architettonici, morfologici e tecnologici del nuovo manufatto o del manufatto trasformato;
- la descrizione del nuovo ruolo che ha l'ospedale all'interno del contesto urbano;
- le criticità e le positività della scelta di intervento effettuata.

Inoltre per la facile lettura e comparazione di ogni caso studio in ogni scheda è stata riportata una tabella con informazioni riassuntive del caso studio analizzato, esse sono:

- data della struttura originaria
- vincoli architettonici o paesaggistici

- committente dell'intervento di riqualificazione o nuova costruzione
- progettista
- tipologia di intervento
- localizzazione
- data di progettazione
- data di fine lavori
- superficie di intervento
- costo dell'intervento

Alla luce delle informazioni raccolte nei casi studio, riguardanti le problematiche che hanno condotto ai progetti di riqualificazione o di nuova costruzione, le motivazioni che hanno sotteso la scelta di un tipo di intervento piuttosto che un altro, il ruolo che l'intervento ha avuto all'interno della rete ospedaliera e le criticità o positività delle scelte effettuate, sono scaturiti i criteri di valutazione per la riorganizzazione del patrimonio storico, che consentono di stabilire in modo adeguato il miglior intervento da effettuarsi nel momento in cui una struttura sanitaria storica non riesce più a rispondere alle esigenze sanitarie. Tali criteri sono la base per la creazione dello strumento di razionalizzazione del patrimonio ospedaliero storico che si pone come obiettivo di questa ricerca e che verrà descritto nel capitolo successivo.

Dalla comparazione dei casi studio è possibile fare alcune considerazioni. I casi che si sono analizzati rappresentano i nodi fondamentali, suddivisi in poli per acuti e presidi specialistici per l'assistenza di primo livello, della riqualificazione razionale della rete attuata dalla Regione. Si vede come la Lombardia si sia indirizzata prevalentemente verso interventi di dismissione delle strutture storiche che sono state sostituite con nuovi complessi ospedalieri. Il patrimonio storico avente più di settanta anni del territorio lombardo su cui si agisce, è costituito da complessi a padiglioni che sono stati nel tempo ampliati con nuovi fabbricati, spesso rappresentati da edifici a monoblocco.

Dalla comparazione dei progetti di nuova costruzione e di ammodernamento, si nota come i primi richiedano un impegno economico di gran lunga superiore ai secondi, ma sul lungo periodo è facilmente prevedibile che i costi di mantenimento di una struttura che richiede continui interventi di adeguamento, siano estremamente onerosi. Inoltre nella maggior parte dei casi tali interventi di ammodernamento risolvono solo necessità estemporanee e non sono mai definitivi delle problematiche più radicate, richiedendo continui ammodernamenti.

Le motivazioni che portano generalmente alla dismissione della struttura storica sono molteplici e derivano da fattori architettonici, urbanistici, economici, sociali, ambientali. Tra essi si riscontra: la scarsa flessibilità dei tipi edilizi storici spesso difficilmente adattabili; l'obsolescenza impiantistica e strutturale, dovuta alla mancanza di piani di manutenzione, che porta a scarsa efficienza e non consente adeguati standard di umanizzazione e comfort per i pazienti; la difficoltà di garantire un basso impatto ambientale in edifici progettati con un sistema costruttivo dei primi decenni del Novecento; la difficoltà di creazione di percorsi

razionali, all'interno di aree che hanno visto nel tempo la realizzazione di continue costruzioni senza un organico progetto di insieme. Tali aree sono spesso fittamente costruite e non presentano spazi per nuovi ampliamenti ed espansioni. Tutto questo non consente la realizzazione di un progetto di riqualificazione organico e globale, compromettendo l'adeguata funzionalità di tutto l'insieme e l'opportuna integrazione tra i nuovi edifici e le strutture storiche. Inoltre i vecchi complessi ospedalieri erano stati costruiti in aree che ora sono inglobate nel centro cittadino, comportando grandi problematiche in termini di accessibilità e parcheggio.

La realizzazione di un nuovo complesso ospedaliero, invece, se si riesce parallelamente a generare un cambiamento gestionale e nella mentalità, permette la riduzione dei posti letto auspicata a livello normativo e supera i problemi logistici derivanti dalla coesistenza di un cantiere complesso all'interno di una struttura funzionante. Tra l'altro la gestione di un vasto e articolato cantiere all'interno di ospedali funzionanti comporta lunghi tempi di realizzazione e problemi igienico-sanitari evidenziati anche nella letteratura scientifica.

D'altro canto non sempre risulta possibile la dismissione delle vecchie strutture, spesso a causa della mancanza di immediata disponibilità di un capitale economico adeguato e di aree disponibili per la realizzazione di un nuovo ospedale. Inoltre non è trascurabile come la popolazione e i professionisti che lavorano all'interno dell'ospedale nella maggior parte dei casi formino una massa politicamente impegnativa contraria allo spostamento delle funzioni ospedaliere, e che, pertanto, richiedano soluzioni efficaci che tengano conto delle rispettive esigenze. Spesso invece la dismissione degli ospedali è un processo calato dall'alto senza una reale interazione con gli operatori interni e con tutti i soggetti interessati. Una possibilità, per esempio, a volte attuata, è quella di inserire all'interno delle vecchie strutture tutte le funzioni poliambulatoriali e diurne, in modo da rendere comunque agevole per gli utenti usufruire delle prestazioni sanitarie maggiormente richieste.

Come si può ben notare nella maggior parte dei casi è auspicabile dismettere le strutture storiche, non solo per rispondere in modo efficace alle esigenze sanitarie, ma anche per non forzare il mantenimento di funzioni all'interno di un manufatto che non riesce più a supportarle. Infatti, il forzato mantenimento di una destinazione d'uso non più consona, può comportare un'accelerazione del processo di degrado e obsolescenza. Il mantenimento dei complessi ospedalieri storici funziona solo se si riesce ad attuare un profondo processo di razionalizzazione di tutta l'area, organizzando le funzioni nel pieno rispetto e nella piena salvaguardia dei manufatti storici. Infatti, si può vedere come di fatto i vecchi padiglioni vengano sempre adibiti a funzioni amministrative o ambulatoriali, spostando le funzioni ospedaliere nei nuovi fabbricati costruiti all'interno della stessa area.

Un'ultima importante considerazione riguarda il fatto che ai processi di dismissione troppo spesso non consegue una veloce rifunzionalizzazione e valorizzazione delle strutture. Questo è dovuto a diversi motivi, primo fra tutti la mancanza di un'opportuna sensibilizzazione riguardo al valore dei complessi ospedalieri storici; l'alienazione dei vecchi fabbricati, poi, risulta difficoltosa, in quanto sono vincolati e necessitano di ingenti opere di ristrutturazione, oltre al fatto

che le aree su cui sorgono hanno destinazione sanitaria e il processo per la modifica della destinazione d'uso nei Piani Regolatori risulta lunga e complessa.

7 STRUMENTO DI RAZIONALIZZAZIONE DEL PATRIMONIO OSPEDALIERO STORICO DELLA REGIONE LOMBARDIA

7.1 Obiettivi

Nella visione di un nuovo modo di concepire l'”Ospedale”, che vede il suo ruolo all'interno della più ampia rete dei servizi sul territorio, diventa di importanza strategica considerare tutta la rete sanitaria regionale nella sua globalità, e all'interno di questo ampio contesto operare sull'ottimizzazione organizzativa e sulla valorizzazione del patrimonio ospedaliero storico. In quest'ottica lo strumento realizzato ha l'obiettivo di fornire un sussidio per la razionalizzazione e valorizzazione della rete ospedaliera storica lombarda.

Nella prima parte viene proposto un modello di strutturazione della rete sanitaria lombarda, per determinare il contesto entro cui attuare il processo di razionalizzazione del patrimonio storico. Nella seconda parte, più nello specifico, lo strumento definisce dei criteri che aiutano a valutare quando una struttura storica ospedaliera sia in grado di sostenere ancora le funzioni sanitarie al proprio interno o quando sia opportuno dismettere e rifunzionalizzare. Infine vengono valutate le criticità derivate dalle possibili dismissioni che incidono su tutta la rete sanitaria regionale.

7.2 Premesse

Come si evince dal panorama descritto nel capitolo precedente, la rete ospedaliera lombarda necessita di un preciso processo di ammodernamento e razionalizzazione, auspicato anche dal Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014 e iniziato già negli ultimi anni dalla Regione. Questo processo rende opportuna

un'azione di disinvestimento, che vede strategie di dismissione piuttosto che di mantenimento del patrimonio edilizio, in rapporto alla vetustà delle strutture e contestualmente a processi di razionalizzazione e riordino territoriale del sistema ospedaliero per ridurre al minimo la dispersione di risorse. A questo fa seguito la necessità di un'equa e appropriata distribuzione di tutti i presidi sull'intero territorio regionale, al fine di garantire un efficace ed efficiente servizio ai cittadini. Nello stesso tempo si riscontra come il patrimonio storico ospedaliero lombardo richieda un preciso processo di valorizzazione, anche attraverso la sua catalogazione e dunque conoscenza, affinché non venga perso il ruolo fondamentale che ha rivestito nella storia dell'architettura della salute. Infatti se da una parte la rete ospedaliera lombarda costituisce un centro di richiamo da un punto di vista sanitario è necessario dare valore a tale patrimonio in modo da legittimare una sua attrattività anche dal punto di vista storico-artistico.

7.3 Principi seguiti nel modello di organizzazione della rete sanitaria

Gli interventi atti alla riorganizzazione della rete riguardano la riqualificazione o l'ampliamento dei presidi ospedalieri esistenti, la dismissione di quelle strutture che non riescono più a supportare le funzioni ospedaliere e che necessitano di un adeguato processo di valorizzazione, la realizzazione dove necessario di nuovi ospedali anche in sostituzione di quelli dismessi, la creazione di strutture per l'assistenza sanitaria integrate nel territorio, come centri di riabilitazione, hospice, residenze sanitarie assistenziali, da dislocarsi anche nelle strutture dismesse.

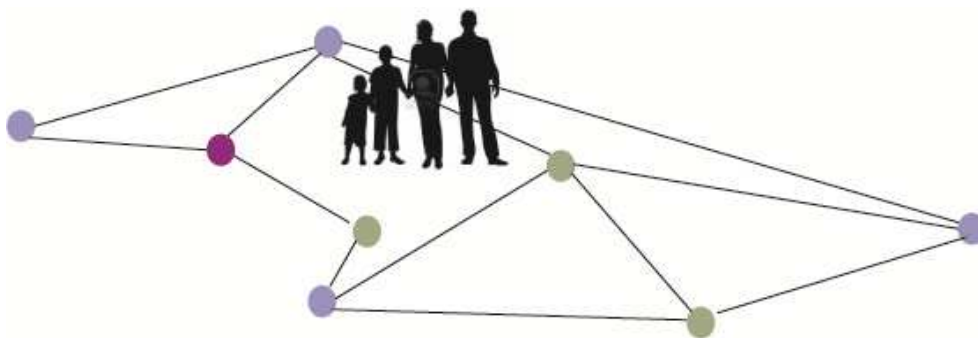
Il modello proposto si basa su una visione complessiva degli interventi che vengono attuati sull'intero territorio regionale, definendo azioni integrate e sinergiche per il raggiungimento di obiettivi generali. Infatti è opportuno che il processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri superi il rapporto esclusivo tra l'ospedale e la comunità del territorio in cui è inserito per proiettarsi all'interno di un sistema a rete di cura e assistenza, che si sviluppa su di un ampio territorio (Area Vasta). L'ospedale si costituisce come nodo del sistema e risponde a una duplicità di funzioni che comprendono sia la risposta ai bisogni della collettività di riferimento sia le azioni di più ampio respiro che derivano dalla programmazione sanitaria di Area Vasta, ponendosi anche come occasione di crescita del territorio e della sua realtà socio-economica.

Risulta evidente come tale modello di rete ospedaliera e di programmazione dell'offerta sanitaria su di un'Area Vasta obblighi a scelte di diversificazione per livelli di specializzazione delle strutture e di definizione di precise competenze e dotazioni, per rispondere in maniera adeguata sia ai bisogni di base che a quelli più complessi derivanti dalle sinergie tra le varie strutture della rete. Il modello così concepito vede la specializzazione delle strutture in base alla gradualità dell'assistenza, con la creazione di poli specialistici per acuti a fianco di una rete

capillare di strutture integrate su tutto il territorio per la diagnosi e la cura di primo e secondo grado e l'erogazione di servizi post-acuzie (Sistema Ospedaliero per Intensità di Cura). In questo modo la rete si definisce come un percorso all'interno del quale il paziente viene facilmente indirizzato da una struttura all'altra.

Tale logica di collegamento e collaborazione continua tra tutte le strutture soddisfa in maniera completa le legittime attese della persona, che viene posta al centro del sistema, rispondendo in maniera flessibile e personalizzata ai cittadini sia graduando l'intensità delle cure sia commisurando le risorse verso quella popolazione di pazienti caratterizzati da più elevati livelli di complessità clinico-assistenziale.

Si genera un modello efficiente ed efficace che permette, da una parte, una minor dispersione di risorse e conseguente riduzione dei costi, grazie al superamento della ripetizione di funzioni tra strutture ospedaliere, che invece vengono concepite all'interno della rete con una loro precisa specificità da mettere in condivisione con le altre. Dall'altra, attraverso lo studio puntuale del ruolo di ogni presidio ospedaliero, può essere condotta un'adeguata valorizzazione del patrimonio storico ospedaliero, che permette l'analisi delle esigenze e della vocazionalità di ogni singolo bene, riqualificando dove occorre ed evitando la forzatura di una struttura storica nelle sua attività sanitarie, ma piuttosto attuando operazioni di dismissione, valorizzazione e reimmissione in un circuito d'uso della struttura.



7.4 Lo strumento

In conseguenza di quanto descritto, lo strumento che si propone per la razionalizzazione e la valorizzazione del patrimonio storico lombardo si compone di cinque fasi.

Nella prima e nella seconda fase è definito a livello globale il modello di rete sanitaria per la Regione Lombardia. Viene stabilita la divisione della regione Lombardia in tre Aree Vaste al fine di aiutare la razionalizzazione del territorio lombardo, e vengono definite tre tipologie di ospedali con l'individuazione dei

criteri per valutare quale tipologia deve essere loro attribuita all'interno della rete di Area Vasta.

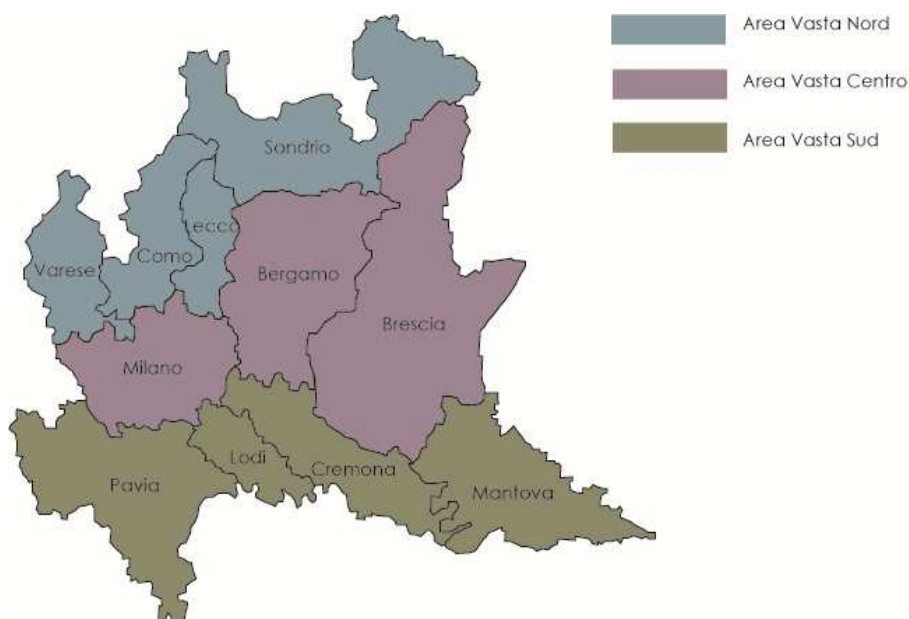
Nella terza e quarta fase, per tutti i presidi della Regione Lombardia con più di 70 anni, lo strumento fornisce, con l'ausilio di un sistema di valutazione, i criteri per valutare quando mantenere o dismettere all'interno di una struttura storica le funzioni ospedaliere. Nell'ultima fase i presidi dismessi vengono commisurati con la rete di tutte le strutture di Area Vasta al fine di verificare il mantenimento di una efficiente distribuzione dei presidi all'interno dell'Area Vasta.

- _ FASE I: divisione della regione Lombardia in Aree Vaste
- _ FASE II: divisione degli ospedali in tre tipologie in relazione al ruolo che possono coprire all'interno della rete sanitaria.
- _ FASE III: individuazione e spiegazione dei criteri scelti per il mantenimento/dismissione delle funzioni ospedaliere negli ospedali storici.
- _ FASE IV: sistema di valutazione per il mantenimento/dismissione degli ospedali storici.
- _ FASE V: razionalizzazione regionale delle strutture ospedaliere storiche.

7.5 Il modello di riorganizzazione

Si considera di suddividere la regione Lombardia in tre Aree Vaste: l'Area Vasta Nord con le province di Varese, Como, Lecco, Sondrio; l'Area Vasta Centro con le province di Milano, Bergamo e Brescia; l'Area Vasta Sud con le province di Pavia, Lodi, Cremona e Mantova. In tal modo il territorio della Regione viene sostanzialmente diviso geograficamente in un'area prevalentemente montana a nord, nell'area centrale della pianura Padana e nell'area della Bassa Padana.

7. Strumento di razionalizzazione del patrimonio ospedaliero storico della Regione Lombardia



Conseguentemente si determinano le tre tipologie in cui i presidi della Regione Lombardia, evidenziati nella cartina sottostante, devono essere suddivisi, in relazione al ruolo che hanno all'interno della rete. Le tre tipologie sono state denominate: Ospedali di riferimento regionale, Ospedali di I livello e Ospedali di Base. Per ogni Area Vasta devono essere presenti tutt'e tre le tipologie con almeno un Ospedale di riferimento regionale, che ha la funzione di nodo principale.

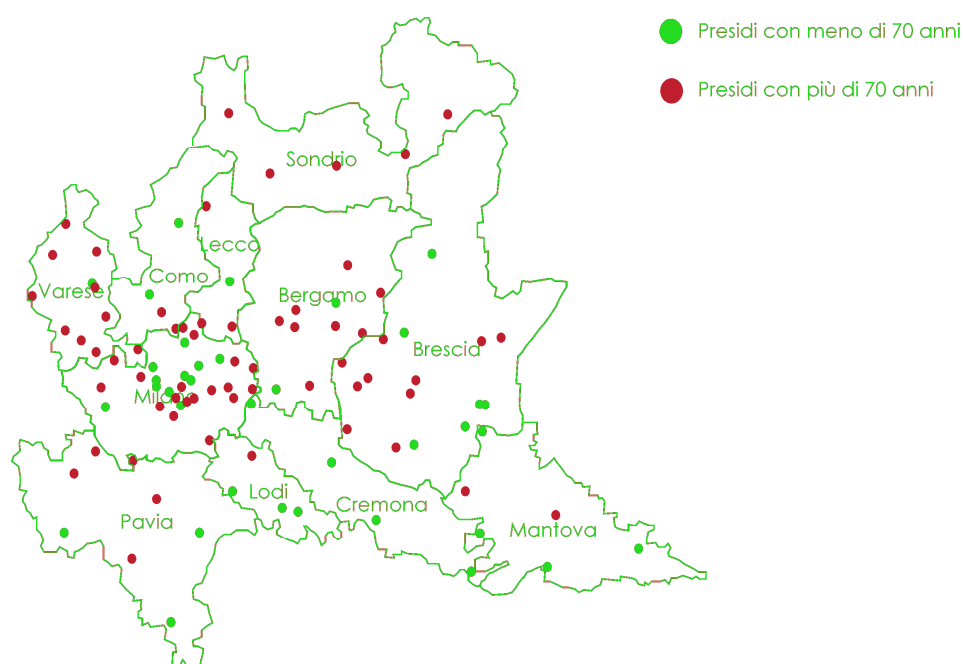
Gli Ospedali di riferimento regionale (Ospedali di II livello, secondo Proposta di Regolamento recante: definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in attuazione Legge 135, 7 agosto 2012) sono gli ospedali universitari di riferimento in Lombardia, ovvero quelle strutture in stretta collaborazione con l'Università e gli Istituti di Ricerca, che per questo motivo hanno rilevanza sovraterritoriale in quanto al loro interno viene sviluppata la ricerca clinico-scientifica. Si assume come già individuati tali ospedali ed essi sono: tre per l'Area vasta Centro, l'Ospedale Maggiore di Milano, l'ospedale San Paolo di Milano e l'ospedale S.Gerardo di Monza; uno per l'Area vasta Nord, l'Ospedale di Circolo Macchi di Varese; uno per l'Area vasta sud, l'ospedale Policlinico San Matteo di Pavia. E' da notare come l'Area Vasta Centro, comprendendo sia l'area metropolitana di Milano che le province di Bergamo e Brescia, si costituisca come area molto vasta con un bacino molto popolato e notevoli territori montani, ma questo è dovuto dal fatto che nelle province di Bergamo e Brescia non vi è in programma, neanche nel lungo periodo, la costituzione di un ospedale universitario di riferimento.

Per quanto riguarda gli Ospedali di I livello e quelli di Base, lo strumento fornisce i parametri per individuare quali strutture all'interno della rete afferire al primo gruppo e quali al secondo. Nello specifico gli Ospedali di I livello sono le strutture a elevata intensità di cura, predisposti per la gestione dei casi in acuto, con sviluppo al loro interno di discipline polispecialistiche di eccellenza e punto di

riferimento non solo per l'area territoriale limitrofa ma per tutto il territorio regionale e nazionale.

Gli Ospedali di Base sono il primo punto di riferimento all'interno del territorio in cui sono inseriti, nella gestione delle emergenze, della gran parte della casistica caratterizzata da differente complessità medica, degli utenti in Day hospital e Day Surgery ad ampia diffusione territoriale e hanno l'importante funzione di ridurre al minimo i trasferimenti degli utenti se non in fase di acuzie.

Si riportano sulla cartina di seguito tutti i presidi pubblici della Regione Lombardia che costituiscono la rete sanitaria odierna, per evidenziarne la localizzazione geografica e indicare quelli storici con più di 70 anni. Dalla cartina si noti come la Regione Lombardia presenti una rete ospedaliera con prevalenza di strutture con età superiore ai 70 anni.



7.6 Criteri per la definizione del ruolo della struttura all'interno della rete sanitaria⁸⁶

In questa sezione vengono elencati e descritti i criteri che definiscono il ruolo (Ospedale di I livello o Ospedale di Base) che la struttura ospedaliera considerata deve assumere all'interno della rete, raggruppati in aree tematiche. Si evidenzia che

⁸⁶ I criteri proposti sono stati elaborati in relazione alla Proposta di Regolamento recante: "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in attuazione Legge 135, 7 agosto 2012 e ai principali modelli di riorganizzazione della rete sanitaria regionali italiani.

alcune aree comprendono i criteri per la determinazione di una sola tipologia di ospedale.

Per la determinazione del ruolo che la struttura ospedaliera deve assumere all'interno della rete sanitaria deve essere assegnato il colore verde qualora la struttura risponda alle caratteristiche che definiscono la tipologia di ospedale descritte dal criterio e il colore rosso qualora non risponda a tali caratteristiche.

	La struttura risponde al criterio della tipologia in esame
	La struttura non risponde al criterio della tipologia in esame

Bacino d'utenza

Criteri per la determinazione di un Ospedale di I livello

Densità elevata del bacino di utenza

Nella creazione della nuova rete ospedaliera è necessario individuare pochi Ospedali di I livello che servono un vasto bacino di utenza. Tali ospedali, infatti, che si configurano come i nodi strutturali della rete, sono le strutture a elevata intensità di cura con sviluppo al loro interno di discipline polispecialistiche di eccellenza, e che si pongono come riferimento per un elevato numero di utenti non solamente a livello distrettuale ma anche regionale e/o nazionale. Si individuano, dunque, come Ospedali di I livello le strutture che rispondono a un bacino di utenza tra 150.000 e 300.000 utenti (secondo Proposta di Regolamento recante: “definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” in attuazione Legge 135, 7 agosto 2012).

Presenza di flussi migratori a scopo sanitario

Un Ospedale di I livello si identifica come tale quando si costituisce come centro di elevata specializzazione, con requisiti di eccellenza, rappresentando il punto di riferimento del sistema a rete non solo per il bacino di utenza di competenza territoriale ma attirando flussi migratori di utenti regionali, interregionali, nazionali e internazionali.

Criteri per la determinazione di un Ospedale di Base

Densità ridotta del bacino di utenza

Qualora una struttura ospedaliera serva un bacino di utenza tra 80.000 e 150.000 utenti (secondo Proposta di Regolamento recante: “definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” in attuazione Legge 135, 7 agosto 2012), questa si considera un

Ospedale di Base in quanto si costituisce come primo punto di riferimento territoriale nella gestione delle emergenze, della gran parte della casistica caratterizzata da differente complessità medica, degli utenti in Day hospital e Day Surgery ad ampia diffusione territoriale e ha l'importante funzione di ridurre al minimo i trasferimenti degli utenti se non in fase di acuzie.

Presenza di flussi migratori di tipo turistico

Nelle aree territoriali soggette a flussi di tipo turistico anche stagionali l'Ospedale di Base deve servire un bacino di utenza che può duplicarsi o triplicarsi in specifici momenti dell'anno e che possa gestire il primo soccorso e un ampio range di casistica medica. Tali strutture devono contenere unità di specifiche discipline specialistiche di elevata efficienza ed eccellenza, per far fronte ai principali rischi dovuti alle attività connesse ai flussi di turismo (es.: specialità di ortopedia per località montane).

Dotazione infrastrutturale

Criteri per la determinazione di un Ospedale di I livello

Presenza di elevati nodi infrastrutturali e di una rete infrastrutturale efficiente

Nell'identificazione di un Ospedale di I livello è necessario verificare che esso sia servito da una rete infrastrutturale estremamente efficiente, con la presenza di strade non solo di livello comunale e provinciale ma anche a elevato traffico veicolare, e una rete di trasporto alternativo a quello su gomma ben strutturata, al fine di poter garantire un efficiente servizio e un'adeguata accessibilità a un numero di utenti elevato e proveniente da località extra-regionali.

Presenza di punti sensibili

L'eventuale presenza di infrastrutture a rischio, o per la pericolosità delle attività in esse contenute o per la generale presenza di un gran numero di persone (aeroporti, luoghi di lavoro a elevato rischio, etc.), determina la necessità di avere sul territorio un Ospedale di I livello in grado di gestire con la massima efficienza situazioni di notevole emergenza.

Presenza di un eliporto

Qualora una struttura ospedaliera sia dotata di eliporto può costituirsi come Ospedale di I livello in quanto punto di riferimento per le acuzie e i casi di maggior emergenza proveniente da tutti i territori limitrofi.

Dotazione di servizi sanitari

Criteri per la determinazione di un Ospedale di I livello

Nodo polispecialistico a elevata tecnologia

All'interno della rete sanitaria di nuova concezione una struttura ospedaliera si configura come Ospedale di I livello se costituisce un presidio di riferimento per la cura dei degenti in acuzie, grazie allo sviluppo di unità operative polispecialistiche che contano su un livello tecnologico elevato in grado di ottimizzare tempi, comunicazione, prestazioni e risorse.

Criteri per la determinazione di un Ospedale di Base

Presenza di unità operative e disciplinari specialistiche specifiche efficienti

L'istituzione di Ospedali di Base consente la differenziazione dei servizi tra tutte le strutture della rete. Pertanto tali ospedali si configurano per lo sviluppo al loro interno di unità disciplinari specialistiche specifiche creando nodi strategici di riferimento sul territorio. Per esempio nella strutturazione di ogni rete ospedaliera territoriale è opportuno identificare un Ospedale di Base in cui venga rafforzata la specialità di ostetricia e ginecologia in modo da strutturarsi come punto nascita strategico sul territorio.

Esigenza di creazione di una rete di strutture ospedaliere per aree funzionali sinergica sul territorio

La rete sanitaria di nuova concezione si struttura per aree assistenziali differenti in relazione alle diverse intensità di cura. Se gli Ospedali di I livello, come si è detto, sono orientati a interventi rapidi di grande complessità e specialità per forme acute con tempi di degenza brevi, per creare una rete ospedaliera efficiente è necessario che vi siano Ospedali di Base che garantiscano la continuità assistenziale e si costituiscano come primo punto di riferimento sul territorio nella gestione della casistica medica di differente complessità, nella presa in carico dei pazienti in fase di post-acuzie e di quelli ambulatoriali o in Day surgery. In questo modo gli Ospedali di Base garantiscono una sinergia tra tutte le strutture territoriali facendo da tramite tra la gestione della fase acuta a quella di riabilitazione e di assistenza delle forme cronico-degenerative.

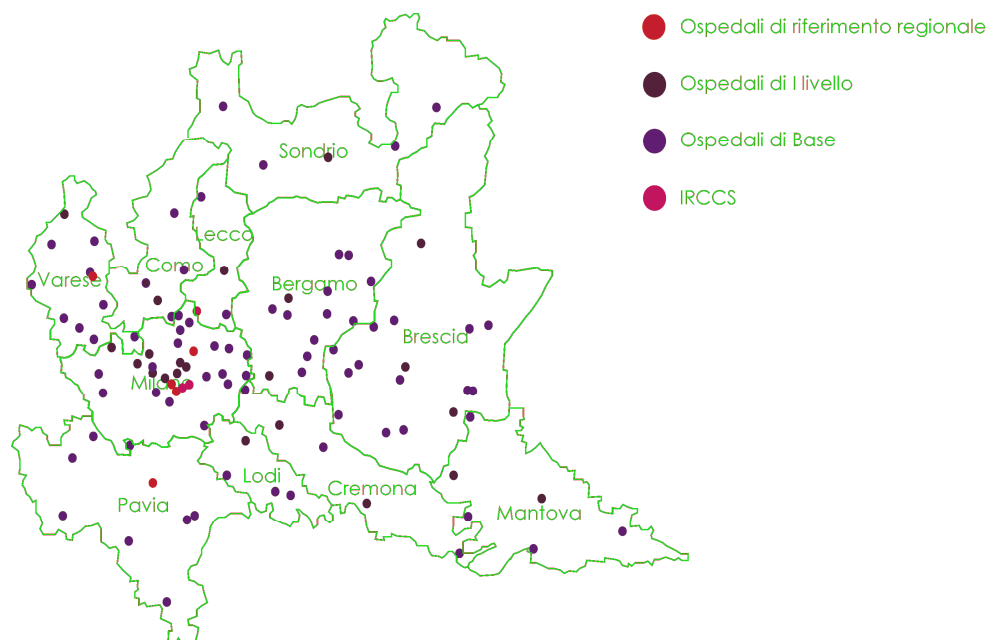
Dalla messa a sistema e comparazione dei singoli giudizi associati ai diversi parametri si genera una matrice che determina il ruolo della struttura all'interno

della rete sanitaria. La prevalenza di colore verde indicherà il ruolo più consono che la struttura ospedaliera dovrà assumere all'interno della rete sanitaria.

Nella matrice riportata di seguito come modello, compilata con giudizi di esempio, si nota come la struttura soggetta a valutazione potrà costituirsi all'interno della rete come Ospedale di I livello.

		Ospedale di I livello	Ospedale di Base
Bacino d'utenza	Densità elevata del bacino di utenza		
	Presenza di flussi migratori a scopo sanitario		
	Densità ridotta del bacino di utenza		
	Presenza di flussi migratori di tipo turistico		
Dotazione Infrastrutturale	Presenza di elevati nodi infrastrutturali e di una rete infrastrutturale efficiente		
	Presenza di punti sensibili		
	Presenza di un eliporto		
Dotazione di servizi sanitari	Nodo polispecialistico a elevata tecnologia		
	Presenza di unità operative e disciplinari specialistiche specifiche efficienti		
	Esigenza di creazione di una rete di strutture ospedaliere per aree funzionali sinergica sul territorio		

Nella cartina di seguito si riporta a scopo esemplificativo come potrebbe risultare la rete sanitaria lombarda dopo aver diviso i presidi nelle tre tipologie ospedaliere.



7.7 Criteri di mantenimento di una struttura ospedaliera storica⁸⁷

Di seguito vengono indicati e descritti i criteri che aiutano a valutare quando mantenere le funzioni ospedaliere all'interno della struttura, raggruppati in aree tematiche. Sono stati individuati i criteri più rilevanti che possono descrivere con sufficiente completezza, ma senza ridondanze, le criticità che sorgono nella scelta di mantenimento di una struttura storica a fini ospedalieri. Si sottolinea come alcune criticità influiscano su più criteri.

Flessibilità

Flessibilità del tipo edilizio per futuri ampliamenti e trasformazioni

Con flessibilità del tipo edilizio si intende in questa sede la possibilità di effettuare modificazioni compatibili, quali ampliamenti e integrazioni, rispetto all'assetto iniziale, ovvero la possibilità di assicurare in tempi diversi un'adeguata fruibilità dell'organismo edilizio evitando distruzioni e rifacimenti del bene storico per adeguare l'edificio a nuove esigenze. Infatti, la vita di una struttura ospedaliera al fine del suo mantenimento in costante efficienza tende ad accorciarsi sempre di più rispetto al passato. Risulta necessario che essa sia concepita per essere facilmente e a breve termine modificata e ampliata per rispondere alle nuove esigenze che la medicina e i sistemi di cura in costante evoluzione richiedono. Le tipologie edilizie storiche non sempre hanno una flessibilità tale per poter garantire un agevole adattamento alle ulteriori evoluzioni sia tecnologiche che di organizzazione del lavoro ospedaliero. Risulta dunque necessario verificare quando sia consentito effettuare soluzioni progettuali alternative nella distribuzione e nell'uso degli spazi e delle aree connettive.

Modello costruttivo che consente modifiche per un basso impatto energetico

Le strutture ospedaliere tradizionali sono sistemi ad alta complessità caratterizzati da consumi energetici particolarmente elevati e responsabili di numerosi effetti negativi sull'ambiente. Per tale motivo risulta fondamentale applicare strategie sostenibili alle strutture ospedaliere quali luoghi preposti al recupero e alla tutela della salute, al fine di garantire un reale benessere in tutte le

⁸⁷ I criteri sono stati elaborati partendo: dai riferimenti normativi riportati nei capitoli precedenti e in bibliografia, dal Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014 e dal Programma Regionale di Sviluppo di Regione Lombardia, dall'analisi dei casi studio e da esempi di interventi di riqualificazione ospedaliera sia nazionali che internazionali, dagli odierni principi di progettazione ospedaliera maggiormente riconosciuti, dalle linee guida formulate dal Ministero della Salute nel 2001 per il Nuovo Modello di Ospedale (cfr. cap.3), dalla letteratura riguardante gli ospedali storici (cfr. cap.1), dal percorso di analisi effettuato nel corso del lavoro di ricerca e riscontrabile nei capitoli precedenti.

sue sfaccettature. E' necessario dunque, prima di tutto, analizzare nello specifico se i caratteri costruttivi e tecnologici dell'edificio, come materiali, spessore delle murature, solai, tipologie di infissi, presenza o meno di ponti termici, consentano di ridurre il più possibile l'impatto ambientale. Inoltre il sistema costruttivo deve consentire l'applicazione di sistemi e tecnologie volti alla riduzione dell'impatto energetico e ambientale (es.: miglioramento dell'isolamento termico sia dell'involucro verticale che orizzontale; controllo informatizzato dei sistemi di illuminazione, condizionamento, apertura e chiusura delle aperture; uso di energie rinnovabili; impianti di cogenerazione e pompe di calore; etc).

Capacità della struttura di contenere nuovi apparati tecnologici e una nuova rete impiantistica

I nuovi complessi ospedalieri devono essere pensati, realizzati e resi operativi sulla base delle esigenze indotte dall'introduzione delle tecnologie più avanzate di diagnosi e cura. E' necessario pertanto verificare se all'interno di complessi ospedalieri storici, concepiti con modelli tipologici e costruttivi adatti a rispondere a esigenze diagnostiche e di cura differenti, sia possibile inserire tali apparati che occupano ampi spazi all'interno delle strutture. Parimenti gli edifici ospedalieri contemporanei sono caratterizzati dalla presenza di una complessa rete impiantistica atta ad assicurare i diversi servizi, le funzioni di controllo remote automatizzate, le funzioni intelligenti di un edificio avanzato e tecnologicamente sofisticato. Risulta importante verificare se all'interno delle strutture storiche sia possibile l'inserimento del nuovo carico impiantistico, mantenendo l'integrità morfologica, materica e architettonica.

Possibilità di sfruttamento dello spazio interno senza compromettere l'impianto storico

I complessi ospedalieri storici erano concepiti secondo principi medici e di cura estremamente diversi da quelli attuali. In particolar modo veniva privilegiata anche in termini dimensionali l'area della degenza con camerate caratterizzate dalla presenza di più posti letto. Inoltre l'organizzazione sanitaria era strutturata per reparti in relazione alle diverse discipline mediche. All'interno dei nuovi ospedali invece si riscontra una contrazione dell'area di degenza caratterizzata da ricoveri il più possibile brevi e uno sviluppo preponderante dell'area diagnostica con l'inserimento delle nuove tecnologie. Il modello organizzativo, poi, è strutturato secondo il principio dipartimentale, per aree omogenee di cura e, al fine di garantire un adeguato livello di comfort e benessere per il paziente, si sceglie di dimensionare le camere per un massimo di due pazienti con annessi i servizi igienici. Tali cambiamenti mettono in luce come lo stesso spazio interno degli edifici si debba modificare per rispondere alle nuove necessità senza che però si proceda con opere di sventramento totale dei manufatti mantenendo esclusivamente il paramento esterno.

Logistica

Scarsa possibilità di prevedere in tempi brevi la rifunionalizzazione, la valorizzazione e la gestione del bene anche mediante accordi con gli enti locali

Qualora ci si orienti verso lo spostamento delle funzioni sanitarie in un nuovo complesso, è di fondamentale importanza iniziare in tempi brevi il processo decisionale di rifunionalizzazione della struttura, in modo da garantire un'adeguata valorizzazione del bene storico e prevenire l'obsolescenza e il degrado sia dei suoi caratteri architettonici sia del comparto urbano in cui è inserito. In questa fase è possibile procedere o all'alienazione del patrimonio recuperando risorse finanziarie da investire nel nuovo intervento o individuare mediante accordi con gli enti locali soluzioni alternative all'alienazione sia in caso di particolare pregio degli immobili sia in caso di difficoltà nella vendita anche in vista dell'odierna situazione congiunturale. Tali accordi possono prevedere anche la permuta o la sostituzione dei predetti immobili con altri da inserire nel processo di alienazione. In questo modo l'Azienda Ospedaliera avrebbe un vantaggio economico conseguente all'alienazione degli immobili e la collettività verrebbe ricompensata dello spostamento delle funzioni ospedaliere attraverso il ritorno del bene storico di appartenenza mediante la sua gestione e fruizione.

Impossibilità di usufruire di un'altra area adeguata dove costruire il nuovo ospedale

I nuovi complessi ospedalieri che si sviluppano prevalentemente in orizzontale hanno bisogno di aree molto vaste, per questo motivo i nuovi ospedali usualmente sorgono in aree periferiche al contrario delle vecchie strutture che si trovano nelle zone centrali del nucleo urbano che vi è cresciuto intorno. Ritenuto che l'area del preesistente ospedale non sia più consona per lo sviluppo della struttura ospedaliera è necessario valutare se vi sia a disposizione un'altra area consona al nuovo complesso anche in termini di accessibilità e dotazione di parcheggi, e che salvaguardi gli utenti da eccessivi disagi dovuti allo spostamento della struttura sanitaria.

Possibilità di coabitazione di un cantiere complesso all'interno della struttura funzionante

Durante le fasi di ammodernamento o ampliamento una delle criticità maggiori che insorge è la forzata coabitazione di un cantiere a elevata complessità, come può essere quello di un ospedale, all'interno di una struttura funzionante, che si vorrebbe invece umanizzare oltre che rendere altamente efficiente nella sua capacità di operare per la salute. E' necessario dunque verificare che gli interventi di riqualificazione necessari possano essere svolti in tempi brevi e organizzati e

localizzati in modo da non interferire con le normali pratiche sanitarie, creando i minori disagi possibili agli utenti e agli operatori.

Esigenze sanitarie

Possibilità di creare percorsi brevi e razionali

Uno dei principi base dei nuovi modelli di edilizia ospedaliera indica la necessità all'interno dei complessi sanitari di avere percorsi chiari per consentire un facile orientamento agli utenti e il più possibile brevi e razionali in modo da assicurare un'agevole mobilità per gli operatori garantendo la massima efficienza. A questo proposito è necessario progettare percorsi riservati al pubblico e per gli utenti giornalieri, percorsi interni per i degenti, percorsi specifici per gli operatori e per le merci. I modelli tipologici ospedalieri storici, rispondendo a principi sanitari e di cura differenti, non sempre riescono a garantire la realizzazione di tale razionalità. Si porta a esempio la tipologia a padiglioni, dove le varie aree funzionali dell'ospedale sono dislocate in edifici separati tra di loro e spesso piuttosto distanti, comportando una scarsa organizzazione tra le parti e una notevole dilatazione dei tempi di percorrenza.

Principi progettuali e stato di conservazione dell'edificio che consentono adeguati livelli di comfort

La concezione della struttura ospedaliera, come luogo dedicato alla cura della persona nella sua globalità, storicamente ha tardato molto ad affermarsi. Ancora negli ultimi decenni la prevalente attenzione posta al malato più che alla malattia ha portato a una generalizzata carenza nella qualità degli spazi, come la presenza di corsie e cameroni a sei o a otto letti, e anche nel livello di qualità architettonica interna. E' solo negli ultimi decenni che gli ospedali si sono strutturati come luoghi costruiti intorno al paziente considerato prima di tutto come persona, affermandosi i concetti di "comfort e umanizzazione". Tra l'altro oggi il principio di umanizzazione viene vista in un panorama molto ampio che prende in considerazione tutto il contesto di riferimento, in un'idea di benessere e salute che comprende non solo gli utenti interni ma anche la collettività esterna. In questo senso viene data grande importanza alla riduzione dell'impatto ambientale che l'ospedale può avere. Alla luce di quanto detto risulta fondamentale l'abbattimento del carico ambientale che l'ospedale può avere e inoltre la verifica che l'organizzazione spaziale interna e lo stato conservativo della struttura sanitaria, sia da un punto di vista architettonico sia strutturale, possano garantire adeguati livelli di benessere sia per gli utenti che per gli operatori. Infatti non raramente la trascuratezza degli interventi di manutenzione è causa di obsolescenza nelle strutture ospedaliere tale da non poter assicurare livelli di comfort adeguati.

Aspetti economici

Costi di mantenimento contenuti

Nella scelta tra riqualificare una struttura ospedaliera storica o costruirne una ex-novo l'analisi dei costi di investimento risulta fondamentale. Infatti, il mantenimento di un complesso vetusto e inadeguato a rispondere alle nuove esigenze sanitarie può risultare maggiormente costoso rispetto alla realizzazione di una nuova struttura, e inoltre esso necessita di continui interventi di ammodernamento, manutenzione e adeguamento a causa dei quali i costi possono superare i benefici.

Salvaguardia del bene culturale

Possibilità di rispondere alle nuove esigenze sanitarie mantenendo inalterati i caratteri architettonici del bene e rispettando le sue specificità

All'interno dei processi di ammodernamento e riqualificazione di una struttura sanitaria storica la legittima necessità di rispondere ai nuovi principi dettati dalla medicina e dai sistemi di cura contemporanei non deve prescindere da un'attenta analisi delle potenzialità e vocazionalità dell'edificio storico per effettuare scelte progettuali compatibili e il meno possibile invasive dei suoi caratteri architettonici e morfologici. Qualora il bene storico non sia in grado di supportare le necessarie modifiche progettuali senza che ne siano stravolti i caratteri peculiari è auspicabile propendere per la sua rifunzionalizzazione.

Rapporto con il contesto

Importanza del ruolo storico dell'ospedale nel comparto urbano e nella rete sanitaria urbana

Nel processo decisionale di mantenimento o dismissione della struttura ospedaliera non è trascurabile considerare il ruolo che l'ospedale ha rivestito nella storia sanitaria della città in cui è inserito. Alcuni complessi ospedalieri infatti si sono sviluppati nei decenni intrecciandosi fortemente con la storia dell'assistenza ospedaliera stessa della città, identificandosi l'uno con l'altro. Essi vanno a costituirsi come nodi fondamentali della rete sanitaria e all'interno dell'area urbana come landmark rappresentativi del servizio sanitario che la comunità richiede. La loro dismissione, se ritenuta comunque opportuna, va valutata attentamente, e nel caso operato in modo adeguato il processo di valorizzazione e rifunzionalizzazione della struttura storica per mantenere il carattere di rappresentatività che ha avuto all'interno del comparto urbano.

Accessibilità

Una condizione fondamentale che è necessario verificare nella scelta di mantenimento di una struttura ospedaliera è l'accessibilità sia esterna che interna. Per accessibilità esterna si intende il facile accesso alle strutture per chiunque necessiti di raggiungerle sia in condizioni normali che di emergenza, attraverso una buona rete viabilistica, ampie aree di parcheggio, buon servizio di trasporto pubblico. Anche l'accessibilità interna risulta di fondamentale importanza, con questa si intende: percorsi facilmente comprensibili e ben indicati, separati per utenti giornalieri e degenti, numerosi e capienti mezzi di elevazione e, elemento imprescindibile, l'assenza di barriere architettoniche.

Rapporto con la collettività

L'ospedale è un punto di riferimento per la popolazione

I grandi complessi ospedalieri che si sono sviluppati storicamente e che hanno raggiunto una particolare importanza nella rete sanitaria, venendo utilizzati da generazioni di persone nel corso del tempo, vengono percepiti come punti di riferimento all'interno della comunità in cui sono inseriti. Non solo entrano a far parte dell'immaginario collettivo, ma vengono identificati come rappresentativi del servizio di cura e benessere che la collettività richiede. Ciò rende tali strutture vitali all'interno della comunità, per il bagaglio di esperienza e conoscenza che rappresentano a livello sanitario, motivo per cui la dismissione di queste strutture ospedaliere suscita risulta spesso problematica.

Possibilità di fruizione delle peculiarità del bene da parte del pubblico

Facendo riferimento in questa ricerca a complessi ospedalieri caratterizzati da strutture architettoniche di interesse storico-artistico, è opportuno verificare se, mantenendo le funzioni ospedaliere, sia possibile organizzare a livello logistico l'ospedale, in modo da aprire il bene alla città, permettendone la fruizione dei caratteri peculiari e di maggiore interesse storico e artistico anche a utenti esterni. Tale apertura gioverebbe tra l'altro alle funzioni sanitarie superando la tradizionale concezione dell'ospedale quale recinto chiuso ma permettendo l'interrelazione tra i degenti e la vita del contesto urbano circostante.

7.8 Sistema di valutazione

Per la determinazione del mantenimento della struttura ospedaliera, ciascuno dei criteri sopra elencati deve essere valutato secondo tre livelli di criticità a cui verrà assegnato un colore: criticità alta (rosso), criticità media (giallo), criticità bassa (verde). Per poter definire il livello di criticità, e ridurre il più possibile il grado di discrezionalità della valutazione, ogni criterio è stato suddiviso in tre sub-criteri che determinano il seguente sistema di valutazione:

Compresenza di almeno due delle situazioni descritte in due sub-criteri: livello di criticità bassa, al criterio si deve assegnare il colore verde.

Presenza di solo una delle situazioni descritta in un sub-criterio: livello di criticità medio, al criterio si deve assegnare il colore giallo.

Assenza di qualunque delle situazioni descritte nei tre sub-criteri: livello di criticità alto, al criterio si deve assegnare il colore rosso.

	Criticità bassa
	Criticità media
	Criticità alta

Alcuni criteri sono stati contraddistinti con l'asterisco, in quanto l'impossibilità di rispondere a tali criteri è totalmente impeditivo per il mantenimento della struttura. Infatti si ritiene che risulterebbe estremamente difficile ovviare in altro modo alla problematica esposta.

Flessibilità

Flessibilità del tipo edilizio per futuri ampliamenti e trasformazioni *

La flessibilità dell'organismo edilizio si verifica a tre livelli:

1_ Flessibilità interna edilizia: in relazione al sistema costruttivo, deve essere presente una maglia strutturale prevalentemente regolare e modulare che consenta cambiamenti nella sistemazione interna degli spazi.

2_ Flessibilità interna funzionale: l'adattabilità spaziale degli schemi distributivi interni è verificata dalla presenza di soluzioni tecnologiche di involucro e delle partizioni interne, che permettono una divisione funzionale non rigida e di conseguenza la possibilità di riconversione funzionale degli spazi.

3_ Flessibilità planimetrica interna ed esterna: al fine di garantire un'elevata versatilità e trasformabilità dell'organismo edilizio devono essere presenti aree polmone interne libere, dotate di attacchi impiantistici e collocate in punti

strategici, che consentano possibili future espansioni. Al contempo bisogna valutare la presenza di spazi esterni a disposizione e predisposti per eventuali espansioni planimetriche.

Modello costruttivo che consente modifiche per un basso impatto energetico

E' necessario verificare:

1_ La possibilità di inserimento di sistemi tecnologici per la riduzione dell'impatto ambientale, quali: sistemi di recupero di energia, impianti di cogenerazione, impianti per l'utilizzo di energie rinnovabili, impianti di utilizzo dell'acqua di prima falda.

2_ La possibilità di sostituzione degli infissi per l'inserimento di serramenti che riducono le dispersioni termiche e vetri basso-emissivi.

3_ La presenza di un sistema di involucro verticale e orizzontale che consenta un adeguato isolamento termico (es. alto spessore delle murature) e l'applicazione di sistemi per la mitigazione dell'isola di calore (es. tetti verdi).

Capacità della struttura di contenere nuovi apparati tecnologici e una nuova rete impiantistica

1_ All'interno della struttura è necessario verificare la presenza di ampi spazi adatti al contenimento delle nuove apparecchiature sanitarie di diagnosi e cura.

2_ A livello costruttivo deve esserci la possibilità di inserimento di canaline a parete o di controsoffittature contenenti la rete impiantistica, senza compromettere i caratteri morfologici e architettonici della struttura storica.

3_ Risulta di fondamentale importanza la possibilità di messa a norma degli impianti e delle apparecchiature per garantire adeguati livelli di sicurezza come l'adeguamento del sistema antincendio.

Possibilità di sfruttamento dello spazio interno senza compromettere i caratteri storici del manufatto *

Al fine di rispettare e valorizzare i caratteri storici del bene è necessario valutare:

1_ La possibilità di operare la riconversione funzionale degli spazi ed effettuare trasformazioni nella suddivisione spaziale interna senza compromettere i caratteri peculiari morfologici e materici della struttura.

2_ L'assenza di vincoli architettonici che non consentono di apportare le modifiche necessarie.

3_ La possibilità di adeguare lo spazio interno attuando un processo di valorizzazione dei caratteri peculiari del bene.

Logistica

Scarsa possibilità di prevedere in tempi brevi la rifunionalizzazione, la valorizzazione e la gestione del bene anche mediante accordi con gli enti locali

1_ E' necessario verificare la possibilità che venga attuato uno snello e celere processo decisionale inerente la rifunionalizzazione della struttura.

2_ Qualora vengano dismesse le funzioni ospedaliere, in caso di mancanza di risorse economiche per la gestione e la valorizzazione della struttura storica, deve esserci la possibilità di alienare il bene in tempi brevi allo scopo di recuperare le risorse finanziarie da investire nel nuovo intervento e al contempo avviare un processo di riqualificazione, rifunionalizzazione e valorizzazione della struttura per un suo veloce reinserimento nel circuito d'uso.

3_ In caso di difficile gestione e rifunionalizzazione del bene da parte dell'Azienda Sanitaria è necessario verificare la possibilità di creare accordi con gli enti locali per la cessione dei fabbricati storici in modo che essi possano essere usufruiti nuovamente dalla collettività e per la sostituzione con altri immobili maggiormente rispondenti al mercato da alienare per il recupero di risorse finanziarie.

Impossibilità di usufruire di un'altra area adeguata dove costruire il nuovo ospedale

La dismissione della struttura a fini ospedalieri è condizionata dalla possibilità di reperimento di un'altra area:

1_ Di congrue dimensioni e con caratteristiche adeguate per la realizzazione di un nuovo complesso ospedaliero: presenza di ampie aree verdi, coerenza con i piani di sviluppo dell'intorno urbano, congruenza con le funzioni presenti, possibilità di integrazione con il contesto urbano, riqualificazione di aree periferiche.

2_ Dotata di un'adeguata rete infrastrutturale che consenta la facile accessibilità sia con mezzi privati che pubblici, nonché di appropriate aree da adibire a parcheggio.

3_ Localizzata in modo da consentire il contenimento di eventuali disagi per gli utenti derivati dall'eccessiva lontananza del nuovo ospedale rispetto al bacino di utenza di riferimento.

Possibilità di coabitazione di un cantiere complesso all'interno della struttura funzionante

1_ In tutta la fase di svolgimento del cantiere è importante che i lavori di riqualificazione della struttura non comportino continui ed eccessivi spostamenti delle attività e in particolare delle aree di degenza da una parte all'altra della struttura.

2_ Risulta necessario valutare la possibilità che l'organizzazione del cantiere non interferisca con il normale svolgimento delle attività sanitarie.

3_ La gestione del cantiere deve consentire il mantenimento di adeguati livelli di comfort e sicurezza per gli utenti e gli operatori: controllo del rumore, eliminazione delle possibili barriere architettoniche, facile orientamento all'interno della struttura, mantenimento di appropriate condizioni di igiene.

Esigenze sanitarie

Possibilità di creare percorsi brevi e razionali

La possibilità di realizzare di un adeguato sistema di percorsi si compie attraverso:

1_ La possibilità di centralizzazione delle postazioni di assistenza e controllo degli operatori sanitari: servizi di cura, sale operatorie, servizi diagnostico-terapeutici.

2_ La possibilità di miglioramento del layout distributivo-funzionale attraverso la localizzazione contigua dei servizi interrelati nei processi di cura, nonché la riduzione e la compattezza delle dimensioni dei percorsi in modo da contenere il più possibile i tempi di percorrenza da un'area all'altra dell'ospedale.

3_ La possibilità di creare percorsi differenziati per gli utenti giornalieri, per gli utenti interni, per gli operatori, per le merci, al fine di ottimizzare i flussi.

Principi progettuali e stato di conservazione dell'edificio che consentono adeguati livelli di comfort *

1_ Il comfort ambientale degli spazi deve garantire un appropriato livello di privacy per questo bisogna verificare se nella trasformazione dello spazio interno sia possibile strutturare la maggior parte della camere di degenza con uno o massimo due posti letto e servizi privati (dotazione minima di camere a un posto letto del 10% secondo la normativa per l'accreditamento), raggiungendo altresì un dimensionamento minimo per posto letto di 9 mq secondo il D.P.R 14 gennaio 1997.

2_ Per garantire il richiesto benessere interno è necessario valutare lo stato di conservazione e il livello di adeguamento delle strutture ospedaliere storiche. A tal fine bisogna verificare la possibilità di raggiungere buoni livelli di qualità architettonica degli immobili e di creare soluzioni e sistemi per il comfort degli utenti: utilizzo di materiali non inquinanti; presenza del colore; studio dell'illuminazione naturale e artificiale; qualità dell'aria; presenza di impianti di climatizzazione; sistemi di abbattimento dell'inquinamento acustico.

3_ In una visione ampia dell'idea di benessere e salute, bisogna verificare la possibilità di modificare il sistema costruttivo della vecchia struttura ospedaliera per permettere l'abbattimento del carico di inquinanti sull'ambiente, attraverso sistemi tecnologici e impiantistici che garantiscono per esempio l'abbattimento dell'inquinamento acustico e il controllo dei rifiuti pericolosi.

Aspetti economici

Costi di mantenimento contenuti *

1_ Nella previsione degli investimenti a lungo termine i costi di manutenzione e adeguamento della struttura devono essere inferiori al costo potenziale di realizzazione di un nuovo complesso ospedaliero.

2_ Attraverso la formulazione di una precisa analisi costi-benefici bisogna verificare che nel breve periodo vi sia convenienza tra i costi di riqualificazione e i benefici derivanti alla società in termini di efficienza ed efficacia del servizio prestato.

3_ E' necessario valutare se i costi per i lavori di adeguamento siano coerenti con le reali potenzialità che ha la struttura sia di rispondere in modo efficiente alle esigenze richieste nel lungo periodo, sia di mantenersi in funzione per un numero adeguato di anni.

Salvaguardia del bene culturale

Possibilità di rispondere alle nuove esigenze sanitarie mantenendo inalterati i caratteri architettonici del bene e rispettando le sue specificità *

1_ Nella razionale organizzazione dell'area ospedaliera effettuata per garantire l'efficienza del servizio sanitario bisogna verificare che il nuovo layout distributivo sia coerente con lo schema originario di giacitura degli assi e degli allineamenti, matrice del sistema insediativo.

2_ L'adeguamento della struttura alle esigenze sanitarie non può travalicare il rispetto delle componenti storiche del bene. Bisogna verificare che le componenti materiche, quando di particolare pregio, possano essere mantenute anche in considerazione dei principi di igiene richiesti. Inoltre bisogna valutare che l'inserimento dei nuovi impianti (di climatizzazione, antincendio, informatici, etc) e la risposta alle esigenze di flessibilità edilizia e funzionale rispettino i caratteri costruttivi del bene, mentre la garanzia dei parametri di sicurezza, come la creazione di uscite e scale di sicurezza e l'attuazione dei principi di benessere, come la garanzia di adeguati livelli di illuminazione naturale, non comprometta gli elementi architettonici, come per esempio la dimensione dei serramenti o la composizione delle facciate.

3_ Nel dare una risposta alle esigenze sanitarie il manufatto storico non deve essere percepito come un vincolo, ma anzi deve essere possibile attuare un processo di valorizzazione che rispetti le sue specificità e favorisca la sua promozione al pubblico e la fruizione da parte della collettività.

Rapporto con il contesto

Importanza del ruolo storico dell'ospedale nel comparto urbano e nella rete sanitaria urbana

Bisogna considerare il mantenimento della struttura a fini sanitari qualora:

1_ L'ospedale si sia costituito nella storia della città come punto di riferimento funzionale di un determinato comparto urbano. Infatti l'area urbana vive proprio della presenza delle funzioni ospedaliere che generano, grazie anche alle attività correlate che vi si sono insediate, il principale indotto economico. Un'eventuale spostamento delle funzioni ospedaliere potrebbe far incorrere nella decadenza e nell'abbandono del comparto urbano stesso.

2_ L'ospedale rappresenti un nodo fondamentale nella rete sanitaria e a livello logistico la sua localizzazione sia vitale sul territorio ad ampio raggio.

3_ L'ospedale ha contribuito con il tempo a caratterizzare lo spazio circostante e a imprimere un'immagine tipica e particolare all'insieme urbano in cui è inserito, tale da determinare la permanenza del carattere collettivo e sociale, in funzione dell'attrattività generata dalle funzioni ospedaliere.

Accessibilità

La facile accessibilità è definita secondo:

1_ Accessibilità esterna: verificata attraverso la presenza di viabilità superiore a quella locale su gomma per l'accesso con mezzi privati (autostrade, tangenziali, supestrade); la presenza di un'agevole viabilità di livello locale per il raggiungimento con privati e pubblici prossimi all'ospedale; la presenza di infrastrutture ferroviarie e di metropolitana. Inoltre l'accesso all'area deve essere integrato con le reti dei percorsi pedonali e ciclabili che hanno funzione di connessione tra gli spazi interni all'area ospedaliera e i percorsi per la mobilità leggera prossimi all'area, permettendo anche la riconnessione delle permanenze architettoniche e ambientali.

2_ Aree di sosta: verificate attraverso la disponibilità di un congruo numero di parcheggi rapportati al numero di posti letto presenti nella struttura.

3_ Accessibilità interna: verificata attraverso la presenza di percorsi separati per utenti interni ed esterni e distinti per pazienti, visitatori, operatori, merci; la presenza di razionali collegamenti automatizzati verticali; l'organizzazione di un sistema gerarchico di ingressi separati per funzioni (veicolari per auto private e di servizio, pedonali per utenti/visitatori e operatori/personale). Inoltre i percorsi e gli spazi devono essere opportunamente caratterizzati e segnalati per consentire un'agevole leggibilità della collocazione delle funzioni e resi accessibili e fruibili dalle persone portatrici di handicap.

Rapporto con la collettività

L'ospedale è un punto di riferimento per la popolazione

1_ Per la scelta del mantenimento delle funzioni ospedaliere bisogna valutare con attenzione il ruolo che l'ospedale ha all'interno della collettività in cui è inserito. Infatti bisogna verificare se la comunità che ha vissuto la malattia per generazioni all'interno di questi ospedali confida in essi e li sente come parte integrante del loro vissuto esperienziale e del network di istituzioni locali che rappresentano la tradizione di un'area urbana. Per questo motivo la struttura ospedaliera si identifica con il servizio sanitario che la collettività stessa richiede.

2_ Per il mantenimento della struttura a fini ospedalieri si deve valutare che la dismissione dell'ospedale non comporti un vuoto di funzioni per la collettività dovuto al trasferimento di tutto il sistema di attività sanitarie parallele alla presenza dell'ospedale, anche di tipo privato, che gli operatori medico-sanitari hanno costruito nell'intorno del complesso ospedaliero, e che compongono un efficiente ed efficace indotto sanitario dell'area.

3_ Un ospedale storico viene percepito dalla sua collettività come bene comune; con questo si intende un bene che fa parte della memoria di una collettività e nel quale quest'ultima si rappresenta. E' necessario valutare se una volta dismesse le funzioni ospedaliere sia possibile attuare un processo di valorizzazione attraverso il quale il manufatto venga ancora percepito come bene comune dalla collettività, permanendo il suo ruolo sociale, culturale e simbolico.

Possibilità di fruizione delle peculiarità del bene da parte del pubblico

1_ E' necessario valutare la possibilità di creare un sistema logistico e organizzativo della struttura ospedaliera tale da permettere la fruizione al pubblico di quegli spazi di particolare rilevanza storico-artistica.

2_ Al fine di creare una buona integrazione tra l'ospedale, con il suo valore di bene culturale, e la città, lo spazio pubblico interno all'area acquista un nuovo valore e un nuovo significato, divenendo tramite di connessione urbana, spazio di attraversamento, luogo di incontro ma anche di riservatezza per i degenti. Bisogna dunque verificare che questo "ambito poroso" possa essere costituito da spazi fruibili, accessibili, accoglienti e di qualità, collegati anche con il sistema a verde. Inoltre è necessario, da un punto di vista storico-culturale, valutare la possibilità di potenziare e valorizzare gli itinerari che connettono ambiti di particolare pregio e rilevanza storica, in un contesto protetto dal traffico urbano.

3_ Per attuare un corretto processo di valorizzazione della struttura ospedaliera storica, condizione determinante per il mantenimento delle funzioni ospedaliere, è necessario valutare la possibilità di creazione di adeguati spazi interni all'area con funzione museale della storia della struttura e di tutti i suoi beni immobili.

Dalla messa a sistema e comparazione dei singoli giudizi associati ai diversi criteri si genera una matrice che definisce quando una struttura va mantenuta. La prevalenza di colore verde (criticità bassa) indicherà condizioni positive per il mantenimento della struttura.

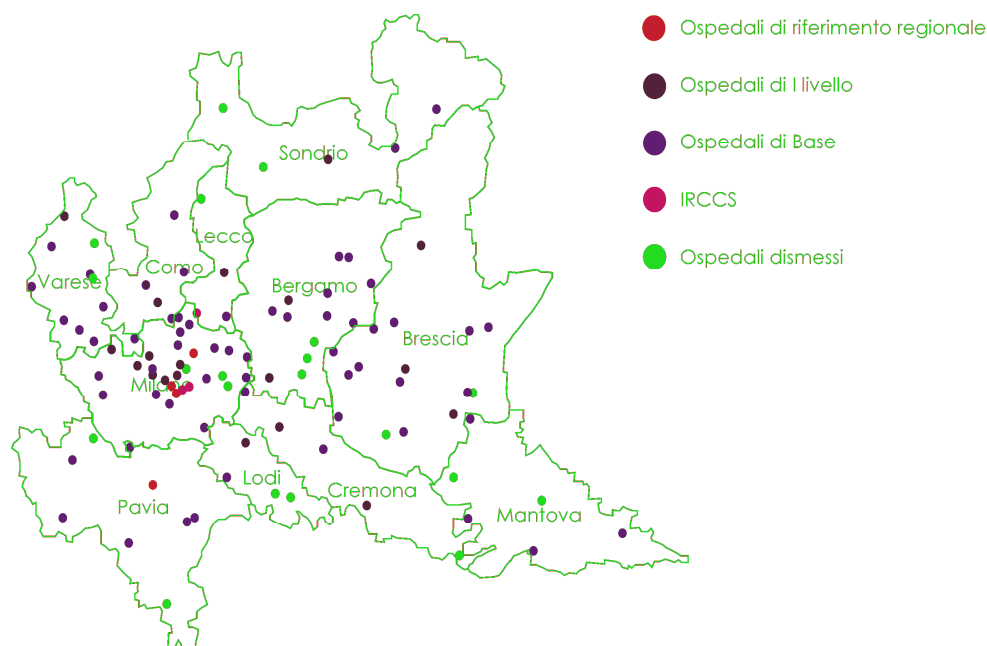
Nella matrice riportata di seguito come modello, compilata con giudizi di esempio, si nota come la struttura soggetta a valutazione risulti estremamente problematica per il suo mantenimento.

7. Strumento di razionalizzazione del patrimonio ospedaliero storico della Regione Lombardia

	Struttura soggetta a valutazione	
Flessibilità	Flessibilità del tipo edilizio per futuri ampliamenti e trasformazioni	
	Modello costruttivo che consente modifiche per un basso impatto energetico	
	Capacità della struttura di contenere nuovi apparati tecnologici e una nuova rete impiantistica	
	Possibilità di sfruttamento dello spazio interno senza compromettere l'impianto storico	
Logistica	Scarsa possibilità di prevedere in tempi brevi la rifunionalizzazione, la valorizzazione e la gestione del bene anche mediante accordi con gli enti locali	
	Impossibilità di usufruire di un'altra area adeguata dove costruire il nuovo ospedale	
	Possibilità di coabitazione di un cantiere complesso all'interno della struttura funzionante	
Esigenze sanitarie	Possibilità di creare percorsi brevi e razionali	
	Principi progettuali e stato di conservazione dell'edificio che consentono adeguati livelli di comfort	
Aspetti economici	Costi di mantenimento contenuti	
Salvaguardia del bene culturale	Possibilità di rispondere alle nuove esigenze sanitarie mantenendo inalterati i caratteri architettonici del bene e rispettando le sue specificità	
Rapporto con il contesto	Importanza del ruolo storico dell'ospedale nel comparto urbano e nella rete sanitaria urbana	
	Accessibilità	
Rapporto con la collettività	L'ospedale è un punto di riferimento per la popolazione	
	Possibilità di fruizione delle peculiarità del bene da parte del pubblico	

7.9 Razionalizzazione regionale delle strutture ospedaliere storiche

In seguito alle dismissioni attuate è necessario valutare le conseguenze che queste possono comportare all'interno della rete sanitaria di Area Vasta. Infatti l'eliminazione di alcuni presidi può creare dei vuoti di funzioni all'interno della rete. Nella cartina sottostante, realizzata a scopo esemplificativo, vengono individuati i presidi divisi arbitrariamente per tipologie con alcuni dismessi, al fine di mostrare come la dismissione di una struttura può creare criticità nella rete.



Allo scopo di distribuire equamente la rete sanitaria è necessario, quindi, valutare che per ogni struttura dismessa ne esista un'altra a una distanza adeguata che possa sopperire alla mancanza di ruolo che si è venuta a creare. A livello operativo questo si traduce nella verifica che⁸⁸:

_ per ogni Ospedale di riferimento regionale dismesso ce ne sia un altro a una distanza non superiore ai 100 km, e in ogni caso con un tempo di percorrenza massimo da ogni località dell'Area Vasta di 120 minuti;

_ per ogni Ospedale di I livello dismesso ce ne sia un altro a una distanza non superiore ai 50 km, e in ogni caso con un tempo di percorrenza massimo da ogni località dell'Area Vasta di 60 minuti;

_ per ogni Ospedale di Base dismesso ce ne sia un altro a una distanza non superiore ai 20 km, e in ogni caso con un tempo di percorrenza massimo da ogni località dell'Area Vasta di 30 minuti;

Qualora queste condizioni non siano verificate sarà necessario realizzare una nuova struttura che sopperisca alla funzione che è venuta a mancare all'interno della rete di Area Vasta.

Nella tabella sotto riportata come modello, i risultati riportati, a scopo esemplificativo, mostrano quali funzioni devono essere reintegrate nella rete. Nel primo caso si nota come all'interno della rete, a fronte della dismissione di un Ospedale di riferimento regionale, sarebbe opportuno creare un Ospedale di I livello; nel secondo caso con la dismissione di un Ospedale di I livello si deve valutare se sia maggiormente funzionale costruirne un altro di I livello o uno di

⁸⁸ I valori presi come riferimento sono stati elaborati in relazione ai principali modelli di riorganizzazione della rete sanitaria regionali italiani. Inoltre sono stati presi in considerazione i valori forniti nella ricerca condotta dall'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali): G. V. De Giacomi, E. Di Virgilio, M. Aguilar Matamoros, R. Di Domenicantonio, A. Angelastro, *Le reti ospedaliere: strumenti e modelli per la programmazione*

Base; nell'ultimo caso con la dismissione di un Ospedale di Base è necessario costruirne un altro con il medesimo ruolo.

Ospedali alienati per ogni Area Vasta	Presenza Ospedale di rif. regionale	Presenza Ospedale di I livello	Presenza Ospedale di Base
	Dist.< 100 Km/120 min	Dist.< 50 Km/60 min	Dist.< 20 Km/30 min
Ospedale di riferimento regionale	sì	no	sì
Ospedale di I livello	sì	no	no
Ospedale di Base	sì	sì	no

Lo strumento fornisce una valutazione di base per garantire che vi sia un'equa ed efficiente distribuzione delle strutture sul territorio. Non bisogna, però, dimenticare come sia fondamentale fare anche un'analisi che prenda in considerazione molteplici variabili come: la viabilità, la presenza di flussi stagionali, i fattori epidemiologici, la presenza di insediamenti sensibili, nonché le caratteristiche orografiche del territorio. Infatti, per esempio, da un punto di vista geomorfologico, anche due strutture vicine con il medesimo ruolo possono essere entrambe di vitale importanza, in quanto tale fattore è determinante per il rapido e semplice raggiungimento o meno di una struttura. Ospedali separati da un lago oppure di servizio a valli di difficile collegamento stradale con altre strutture, diventano fondamentali per fornire un'assistenza efficiente e ben distribuita sul territorio.

7.10 L'ospedale "Eugenio Morelli" a Sondalo: verifica sull'efficacia dei criteri definiti nello strumento

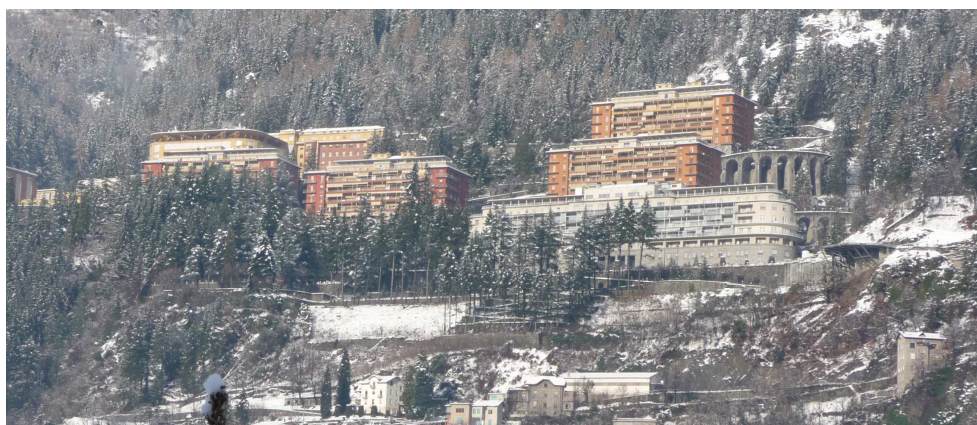
Al fine di avere un riscontro di base circa la validità dei criteri formulati e l'efficacia e fondatezza dello strumento, si è applicato quest'ultimo a un ospedale storico lombardo. Il caso scelto è l'ospedale Morelli di Sondalo.

L'ospedale Eugenio Morelli di Sondalo nasce come sanatorio all'inizio degli anni Trenta ponendosi nel corso dei decenni come nodo di estrema importanza nel panorama scientifico e medico europeo connesso alle cure polmonari, fino a costituirsi attualmente come centro di eccellenza della sanità lombarda in diverse discipline mediche. Le terapie farmacologiche degli anni Sessanta, infatti, ridussero drasticamente i tempi della guarigione, rendendo i grandi sanatori (Sondalo, Vialba) improvvisamente inutili e lasciando agli amministratori e agli operatori della sanità regionale, il compito di affrontare il complesso problema della loro riconversione ospedaliera. Riconversione resa difficile, per l'ubicazione decentrata e per la tipologia dei presidi, idonei all'attività di lungodegenza riabilitativa, sia per

la dimensione dei fabbricati e sia per la loro bassa qualità tecnologica degli impianti. Oggi il l'ospedale di Sondalo rappresenta un complesso monumentale vincolato dalle Belle Arti per il suo interesse architettonico e urbanistico di livello europeo. I nove padiglioni che costituiscono il vecchio villaggio sanatoriale Morelli di Sondalo, sono addossati alla montagna sul lato est della valle e costituiscono una presenza importante e simbolica della concezione sanitaria di un'epoca. L'insieme dell'ospedale è stato concepito sul declivio della montagna attraverso uno sfalsamento di piani dei vari padiglioni, con le facciate dipinte in diversi colori (dopo che si appurò che la rigidità del clima invernale non avrebbe consentito lunga vita alle lastre di travertino di cui, all'uso romano dell'edilizia di regime, li si voleva in origine rivestire), mediante una geniale composizione dei volumi e dei colori, rispondenti sempre a precise esigenze funzionali, attraverso una sobria ma consapevole disposizione d'insieme, e soprattutto attraverso l'articolazione delle varie parti tramite archi, arcate cieche e muraglioni di contenimento della montagna (per una trattazione maggiormente esaustiva si confronti la scheda 7 dei casi-studio allegati alla tesi).

Per queste ragioni l'ospedale preso in considerazione risulta particolarmente significativo: per la sua importanza all'interno della rete ospedaliera lombarda, perché completamente soggetto a vincolo storico-architettonico e poiché è in fase di conclusione un intervento di riqualificazione parziale che ha consentito, nell'applicazione dello strumento, di avere un riscontro concreto riguardo ai criteri proposti; in particolar modo in relazione alla possibilità di rispondere alle esigenze sanitarie e contemporaneamente salvaguardare i caratteri storici del bene.

Le risposte ai criteri sono state formulate dopo aver effettuato un sopralluogo conoscitivo del complesso ospedaliero e dell'intervento di riqualificazione in atto, e mediante un'intervista con il responsabile del progetto di riqualificazione della Società Infrastrutture Lombarde.



Vista complessiva dell'ospedale Morelli di Sondalo arroccato sulla montagna (Fonte: Infrastrutture Lombarde S.p.A.)

7.10.1 Criteri per la definizione del ruolo della struttura all'interno della rete sanitaria

Densità elevata del bacino d'utenza

Il presidio ospedaliero di Sondalo non conta un bacino di utenza di densità elevata.

Presenza di flussi migratori a scopo sanitario

Il presidio di Sondalo si caratterizza per il particolare sviluppo di alcune specialità mediche quali la pneumologia, la neurochirurgia, la cardiologia, l'urologia e l'ortopedia. Per questo motivo il suo bacino di utenza va oltre i confini della Asl e della regione, divenendo punto di riferimento anche per un'utenza proveniente da territori extra regionali e da zone limitrofe anche extra nazionali come l'Austria.

Densità ridotta del bacino di utenza

La densità del bacino di utenza del presidio ospedaliero di Sondalo conta di 40.000 utenti costanti, ma arriva a toccare i 70.000 utenti nei periodi invernali, ponendosi come presidio di riferimento per le località turistiche.

Presenza di flussi migratori di tipo turistico

Collocandosi come presidio ospedaliero in zona montana, l'ospedale Morelli serve, oltre al territorio di competenza, le località a vocazione turistica, soprattutto per la pratica dello sci, di Livigno, Bormio, Tirano, Teglio e Aprica e relativi comuni limitrofi.

Presenza di elevati nodi infrastrutturali e di una rete infrastrutturale efficiente

Il complesso ospedaliero di Sondalo essendo collegato solo dalla Strada Statale dello Stelvio e raggiungibile mediante la Ferrovia dello Stato che arriva solo fino a Tirano o attraverso una linea di autobus da Milano, non può avvalersi di una rete infrastrutturale bene strutturata ed efficiente.

Presenza di punti sensibili

Non si rileva la presenza di luoghi sensibili o a rischio.

Presenza eliporto

Il presidio di Sondalo è stato il primo in Valtellina a dotarsi di un elisuperficie realizzata di recente (è in corso il processo di accreditamento come eliporto), a cui ha fatto seguito la costruzione dell'eliporto dell'ospedale di Sondrio.

Nodo polispecialistico a elevata tecnologia

Il presidio di Sondalo si costituisce come polo di eccellenza per molte discipline ma non può contare su molteplici unità operative a elevato livello tecnologico che lo determinerebbero come polo specialistico di gestione delle acuzie.

Presenza di unità operative e disciplinari specialistiche efficienti

L'ospedale Morelli si costituisce come nodo strategico di riferimento sul territorio per lo sviluppo al suo interno di specifiche discipline mediche estremamente utili per il bacino di utenza anche di livello turistico che serve.

Esigenza di creazione di una rete di strutture ospedaliere per aree funzionali sinergica sul territorio

All'interno di un territorio vasto come quello della Valtellina il presidio di Sondalo diventa nodo fondamentale della rete per poter coprire tutta l'area provinciale, servendo località che per le condizioni orografiche rimarrebbero isolate e ponendosi come primo punto di riferimento sanitario per diverse zone territoriali.

In relazione alle risposte fornite, dalla matrice per la determinazione del ruolo che l'ospedale deve assumere all'interno della rete, scaturisce che l'ospedale Morelli di Sondalo debba costituirsi come presidio ospedaliero di Base:

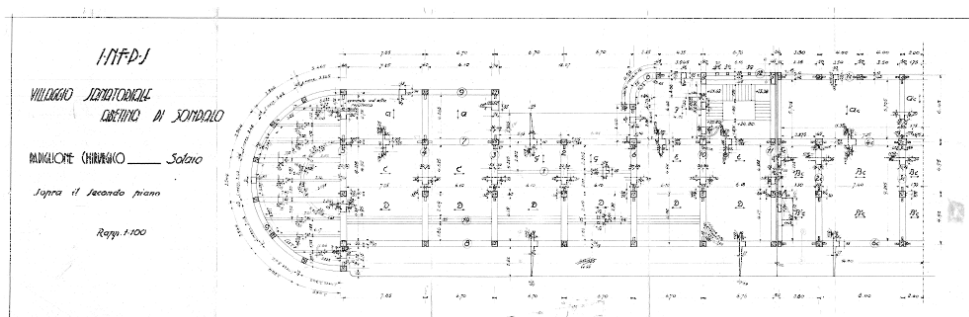
7. Strumento di razionalizzazione del patrimonio ospedaliero storico della Regione Lombardia

		Ospedale di I livello	Ospedale di Base
Bacino d'utenza	Densità elevata del bacino di utenza		
	Presenza di flussi migratori a scopo sanitario		
	Densità ridotta del bacino di utenza		
	Presenza di flussi migratori di tipo turistico		
Dotazione Infrastrutturale	Presenza di elevati nodi infrastrutturali e di una rete infrastrutturale efficiente		
	Presenza di punti sensibili		
	Presenza di un eliporto		
Dotazione di servizi sanitari	Nodo polispecialistico a elevata tecnologia		
	Scarsa presenza di ospedali per acuti		
	Presenza di unità operative e disciplinari specialistiche specifiche efficienti		
	Esigenza di creazione di una rete di strutture ospedaliere per aree funzionali sinergica sul territorio		

7.10.2 Criteri per la determinazione del mantenimento o della dismissione della struttura

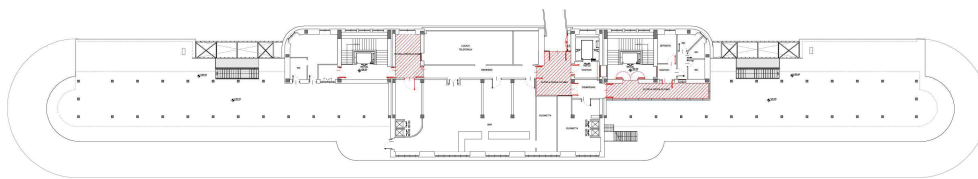
Flessibilità del tipo edilizio per futuri ampliamenti e trasformazioni

Il presidio ospedaliero di Sondalo è caratterizzato dalla presenza di una maglia strutturale prevalentemente regolare e modulare che consente una buona flessibilità interna edilizia. Per quanto riguarda la flessibilità interna funzionale, si è valutato che è possibile riconvertire funzionalmente gli spazi ma con interventi invasivi anche sugli impianti di breve-media durata. Inoltre, in relazione alla flessibilità interna ed esterna, si è verificata la presenza di aree polmone interne ed esterne, ma a livello logistico scarsamente utilizzabili per la salvaguardia dell'impianto originario e per un funzionamento organico di tutto il complesso. Questo rende difficilmente fattibili future espansioni a causa della rigidità e della grande rilevanza urbanistica della configurazione planimetrica del complesso.

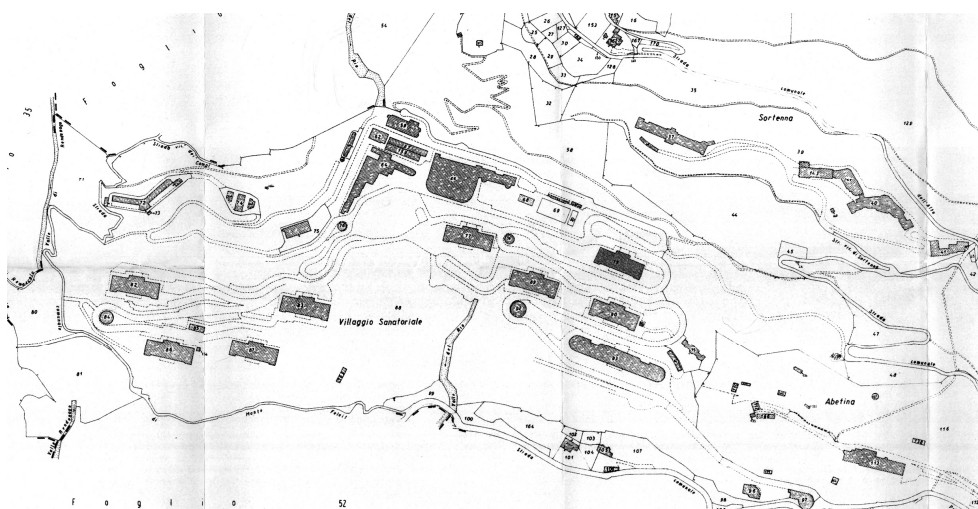
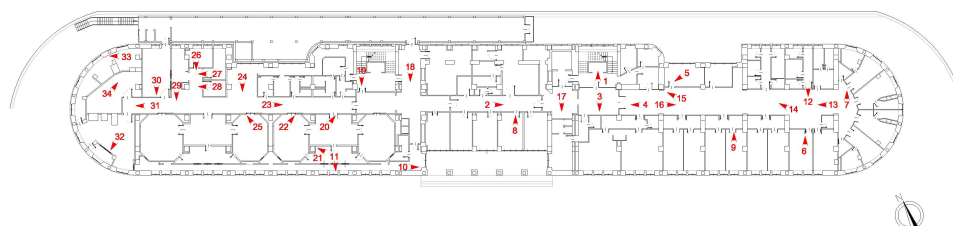


Stralcio pianta piano secondo padiglione chirurgico. Disegno originale delle strutture
(Fonte: Infrastrutture Lombarde S.p.A.)

I luoghi della salute: uno strumento per la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio storico lombardo



Pianta piano quarto padiglione chirurgico. E' visibile la regolarità della maglia strutturale. (Fonte: Infrastrutture Lombarde S.p.A.)



Pianta piano secondo seminterrato padiglione chirurgico e planimetria del complesso ospedaliero. E' visibile la flessibilità interna degli spazi e le possibili aree di espansione, che però comprometterebbero la morfologia e l'impianto originari dei padiglioni e del complesso. (Fonte: Infrastrutture Lombarde S.p.A.)

Modello costruttivo che consente modifiche per un basso impatto ambientale

Il presidio attualmente sta attuando interventi per la riduzione dell'impatto ambientale attraverso la sostituzione delle caldaie con macchine a gas maggiormente performanti e aventi rendimenti maggiori. La distribuzione dei fluidi viene adeguata su ogni padiglione con opere localizzate nelle diverse sottocentrali come gli scambiatori di calore. In un futuro l'Azienda Ospedaliera ha anche intenzione di migliorare l'impatto ambientale del complesso attraverso l'utilizzo di energie rinnovabili.

Inoltre durante il progetto di riqualificazione attuato negli ultimi tre anni è stato possibile sostituire i serramenti, inserendo vetri basso-emissivi, per controllare le dispersioni termiche.

Il sistema di involucro verticale e orizzontale, invece, rispecchia i sistemi costruttivi degli anni Trenta, non consentendo un adeguato isolamento termico degli edifici e rendendo eccessivamente oneroso, in termini di costi e tempistiche, la realizzazione di tali interventi.

Capacità della struttura di contenere nuovi apparati tecnologici e una nuova rete impiantistica

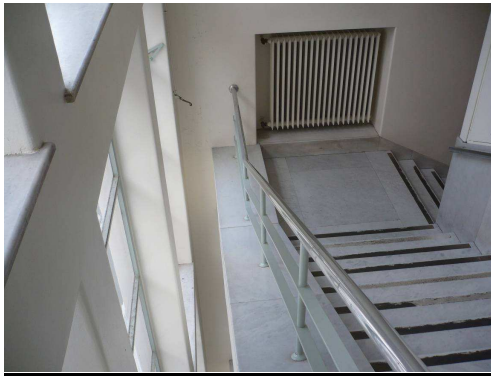
Durante il progetto di riqualificazione attuato è stato possibile configurare nuovi spazi per l'inserimento delle nuove apparecchiature sanitarie di diagnosi e cura ed è stata effettuata la messa a norma degli impianti, come l'adeguamento antincendio della struttura e la realizzazione di un nuovo impianto di distribuzione dei gas medicali e di energia elettrica al fine di rispettare la nuova normativa di prevenzione incendi e i requisiti di accreditamento. Inoltre sono state realizzate controsoffittature contenenti la rete impiantistica, avendo anche il benessere della soprintendenza, senza che queste abbiano compromesso i caratteri architettonici e morfologici delle strutture storiche.

Possibilità di sfruttamento dello spazio interno senza compromettere i caratteri storici del manufatto

Nel complesso ospedaliero di Sondalo i vincoli architettonici presenti hanno comunque consentito di apportare le modifiche necessarie per la riqualificazione delle strutture oggetto di intervento. La trasformazione dello spazio interno e la sua conseguente riconversione funzionale sono possibili attraverso interventi che mantengono e non alterano i caratteri peculiari della struttura storica, ma con costi e tempistiche abbastanza elevati. Infatti nell'intervento di riqualificazione appena attuato si è ridotta al minimo la possibilità di alterare la morfologia dell'edificio, mantenendo, per esempio, le pareti in legno e vetro storiche dei vani scala, che al posto di essere sostituite per realizzare la compartimentazione REI, sono state lasciate come paramento davanti alle pareti di compartimentazione. Inoltre la pavimentazione storica, costituita da gres rosso per i corridoi e marmo bianco statuario di Carrara per gli ingressi e le scale, è stata conservata e ricoperta solo all'interno dei reparti con un rivestimento in PVC che garantisca gli adeguati standard igienici. Tali soluzioni progettuali hanno evitato la compromissione di importanti peculiarità storiche della struttura ma hanno inevitabilmente allungato i tempi per la realizzazione degli interventi.

L'adeguamento degli ambienti interni consente, poi, di attuare una riqualificazione della struttura salvaguardando di conseguenza i caratteri storici e architettonici dell'ospedale.

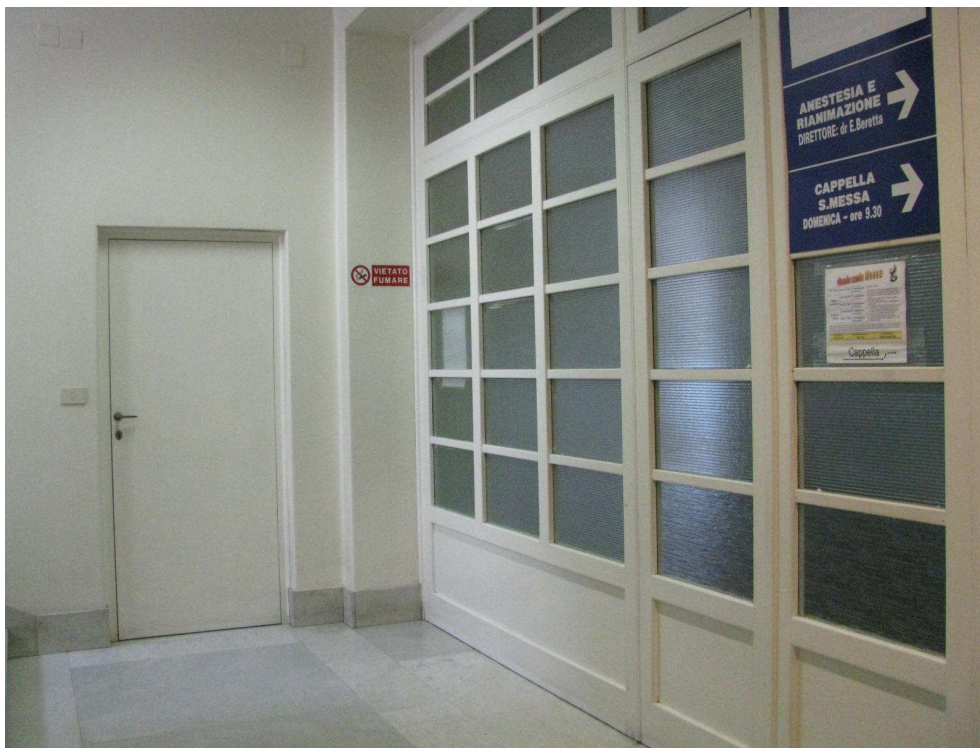
I luoghi della salute: uno strumento per la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio storico lombardo



Vista dei pavimenti delle scale in marmo bianco e dei corridoi in gres rosso. (Fonte: Infrastrutture Lombarde S.p.A.)



Vista del rivestimento in PVC della pavimentazione. (Fonte: Infrastrutture Lombarde S.p.A.)



***Pareti in vetro e legno storiche dei vani scala.** In seguito all'intervento di riqualificazione non sono più utilizzabili per il passaggio nei reparti ma fungono da paramento davanti alla compartimentazione REI. (Fonte: Infrastrutture Lombarde S.p.A.)*

Possibilità di prevedere in tempi brevi la rifunionalizzazione, la valorizzazione e la gestione del bene anche mediante accordi con gli enti locali

E' stato valutato che risulterebbe difficile prevedere in tempi brevi una rifunionalizzazione del complesso ospedaliero di Sondalo in quanto si rivela problematico riconvertire la struttura adeguandola alle normative richieste per la nuova funzione. Inoltre il complesso di Sondalo si configura come cittadella a sé stante isolata rispetto al centro abitato rendendo lungo e laborioso trovare una funzione alternativa che possa valorizzare l'area e le strutture.

Per questi motivi appare anche molto problematica l'alienazione degli edifici e non vi sarebbe neanche la presenza di altri immobili da permutare cedendo il complesso storico a enti locali.

Impossibilità di usufruire di un'altra area adeguata dove costruire il nuovo ospedale

In sostituzione del complesso ospedaliero storico vi sarebbe la possibilità di reperire un'altra area di dimensioni e caratteristiche congrue per la costruzione di un nuovo ospedale, ma risulterebbe difficile collegare tale nuova area con un sistema infrastrutturale di trasporto adeguato a garantire la facile accessibilità delle strutture sanitarie. Anche per questo motivo lo spostamento delle funzioni sanitarie comporterebbe eccessivi disagi per gli utenti. Bisogna, inoltre, tenere presente

come nell'ipotesi di dismissione del presidio ospedaliero di Sondalo non vi sarebbe nessuna convenienza a costruire un nuovo complesso sostitutivo ma diventerebbe più opportuno potenziare il presidio ospedaliero di Sondrio.

Possibilità di coabitazione di un cantiere complesso all'interno della struttura funzionante

Durante il progetto di riqualificazione effettuato è stato possibile gestire il cantiere all'interno dell'edificio interessato ai lavori, mantenendo in attività le funzioni sanitarie. A livello logistico si è verificata la fattibilità di organizzare il cantiere spostando di volta in volta le attività sanitarie e i reparti di degenza creando, però, inevitabilmente disagi per gli operatori e i degenti. Ad ogni modo si è sempre riusciti a garantire anche durante i lavori gli adeguati livelli di igiene e comfort. Necessariamente, però, questa organizzazione ha dilatato in modo considerevole i tempi di attuazione degli interventi.

Possibilità di creare percorsi brevi e razionali

Nella strutturazione del sistema dei percorsi, è stato valutato, e verificato attraverso l'intervento di riqualificazione attuato, che è possibile centralizzare le postazioni di assistenza e controllo degli operatori sanitari e di creare percorsi differenziati in relazione alla tipologia di utenti, ai flussi degli operatori e delle merci. Invece la rigidità a livello planimetrico di tutta l'area del complesso storico a padiglioni non consente la trasformazione del layout distributivo-funzionale, non permettendo neanche la riduzione e la compattazione dei percorsi.

Principi progettuali e stato di conservazione dell'edificio che consentono adeguati livelli di comfort

Risulta abbastanza facilmente attuabile una ristrutturazione delle strutture che consenta di raggiungere l'elevata qualità degli ambienti interni e di inserire materiali non inquinanti, facilmente pulibili, impianti di climatizzazione e adeguati sistemi di illuminazione naturale e artificiale. Allo stesso modo sono stati messi in atto sistemi per il controllo dei rifiuti pericolosi nell'ambiente.

Diversamente la strutturazione delle camere di degenza a uno o due letti risulta fattibile ma tenendo presente i lunghi tempi e gli elevati costi di realizzazione.

Costi di mantenimento contenuti

Gli interventi di adeguamento della struttura ospedaliera possono garantire il suo funzionamento ancora per un buon numero di anni. Sicuramente però la necessità di operare continue e rilevanti opere di manutenzione e riqualificazione su tutto il vasto complesso sanitario comportano ingenti costi sul lungo periodo rispetto alla realizzazione di un nuovo ospedale.

Nel breve periodo i benefici derivanti alla società nel mantenimento in efficienza dell'ospedale di Sondalo rendono convenienti i costi di adeguamento. Infatti la posizione del presidio ospedaliero di Sondalo lo rende strategico a causa delle condizioni orografiche del territorio in cui è inserito. La grande vastità della Valtellina e le caratteristiche del territorio montano, rende estremamente disagiata per gli utenti del bacino di utenza raggiungere un altro presidio, ponendo l'ospedale Morelli come punto di riferimento per una vasta area anche extra nazionale. D'altra parte come si è visto Nella stessa zona di Sondalo è difficile reperire un'altra area adeguata funzionale per l'allacciamento ai servizi a rete facilmente raggiungibile, in un territorio collegato attualmente solo con la strada statale del Passo dello Stelvio.

Salvaguardia del bene culturale

L'intervento di adeguamento realizzato è stato rappresentativo della possibilità di trovare soluzioni strategiche, anche in collaborazione con la soprintendenza, per rispondere alle esigenze sanitarie, come l'inserimento di nuovi impianti, l'adeguamento ai moderni parametri di sicurezza, i principi di igiene e comfort, rispettando al contempo i caratteri storici della struttura ospedaliera. Ne è un esempio il rivestimento e non l'eliminazione dei pavimenti storici. Altro esempio è l'adeguamento al sistema di vie d'esodo esterne, quindi scale di sicurezza e passerelle metalliche, secondo i principi della prevenzione incendi, mediante la sostituzione degli infissi esterni vetrati con infissi REI identici nella forma e nella suddivisione dei vetri a quelli esistenti; intervento che ha permesso di mantenere inalterato il prospetto Nord del padiglione chirurgico. Le stesse scale di sicurezza inserite nella parte posteriore del padiglione sono state mitigate visivamente mediante una schermatura con rete metallica, disegnata in modo da riprendere i motivi delle ringhiere dei parapetti storici, alla quale sono ancorati dei listelli orizzontali in travertino per ricucire l'andamento delle fughe che lasciano i piani fuori terra.

D'altro canto il layout del complesso risulta per forza rispettato in quanto non sarebbe possibile intervenire con un'altra organizzazione dell'area anche per le condizioni orografiche del terreno.

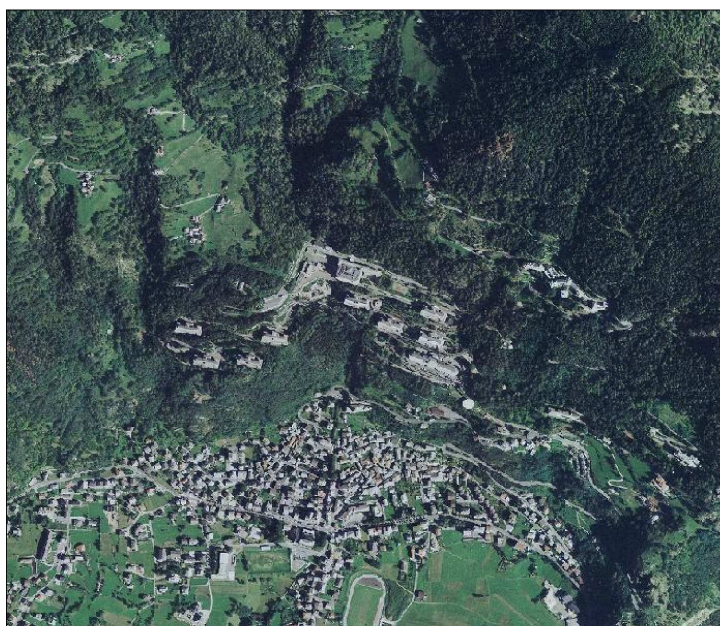
Inoltre l'intervento di riqualificazione è stato occasione per dare vita almeno in parte a un processo di promozione dell'ospedale storico al pubblico come il convegno organizzato a inizio lavori proprio riguardante il valore storico della struttura.



Stralcio del prospetto nord con le nuove scale di sicurezza esterne.

Importanza del ruolo storico dell'ospedale nel comparto urbano e nella rete sanitaria urbana

A livello urbano il complesso ospedaliero di Sondalo risulta essere una cittadella chiusa in sé stessa, isolata e autosufficiente (dal funzionamento energetico, all'approvvigionamento idrico con un acquedotto ad hoc), con una struttura urbanistica d'impianto cittadino, viali alberati illuminati, centro direttivo e amministrativo, centrale termica, stazione meteorologica, ufficio tecnico. Per questo motivo si è sempre costituita come slegata dal centro urbano non caratterizzandone il comparto e non ponendosi al suo interno polo collettivo e sociale. Al contrario, risulta essere punto di riferimento fondamentale all'interno della rete sanitaria, in quanto la sua localizzazione risulta vitale per una vasta area territoriale.



Vista della cittadella ospedaliera esterna al centro urbano.

Accessibilità

Per quanto riguarda l'accessibilità esterna del complesso, essa risulta essere abbastanza carente in quanto manca totalmente un'infrastruttura ferroviaria (la ferrovia arriva da Sondrio solo fino a Tirano) nonché un facile accesso pedonale, trovandosi sul pendio della montagna. L'ospedale risulta raggiungibile attraverso la Via Zubiani solo con mezzi privati, una linea di autobus da Milano e con le autoambulanze, attraverso la strada statale dello Stelvio SS 38.

Di contro le aree di sosta sono congrue con il numero dei posti letto e attraverso i nuovi interventi si è realizzata una differenziazione dei percorsi e degli ingressi.

Rimane critica la leggibilità delle diverse funzioni e attività all'interno del complesso, fatto che in parte viene ovviato da un'utenza prevalentemente consuetudinaria che quindi conosce bene l'organizzazione dell'impianto distributivo.



Vista del complesso ospedaliero con la Strada Statale di accesso all'ospedale e la Via Zubiani. (Fonte: Infrastrutture Lombarde S.p.A.)

L'ospedale è un punto di riferimento per la popolazione

La struttura ospedaliera di Sondalo per il ruolo che ha avuto dagli anni Trenta a oggi, prima come sanatorio e poi come ospedale con ruolo strategico e di eccellenza per alcune specialità mediche quali la neurochirurgia, l'urologia e l'ortopedia, è sicuramente un punto di riferimento importante per la popolazione, identificandosi con il servizio sanitario che la collettività stessa richiede. La difficoltà intrinseca di riconversione ad altra funzione dell'intero complesso porterebbe a difficoltà anche nel mantenimento del suo ruolo sociale, culturale e simbolico una volta dismesso.

Da ultimo la peculiarità del complesso di essere chiuso in sé stesso e isolato dal resto del centro abitato non ha visto svilupparsi di altre attività sanitarie parallele non comportando problemi relativi a tutta l'area in caso di una sua dismissione.

Possibilità di fruizione delle peculiarità del bene da parte del pubblico

Lo spazio pubblico interno all'area ospedaliera, poiché anche difficilmente raggiungibile a piedi e strettamente connesso con l'attività sanitaria, appare scarsamente attrattivo per essere utilizzato come spazio pubblico anche di incontro, almeno attualmente. Parimenti la fruizione da parte del pubblico delle peculiarità storico-artistiche del complesso non è possibile negli ambienti dove si svolgono le attività sanitarie. Vi sarebbe possibilità di fruizione solo dei due padiglioni dismessi che però necessitano di interventi di riqualificazione e ristrutturazione.

In ogni modo l'Azienda Ospedaliera ha in programma di realizzare presso l'ingresso storico del complesso un museo riguardante la storia dell'ospedale Morelli.

In relazione alle risposte fornite, dalla matrice per la determinazione del mantenimento o meno della struttura ospedaliera risulta che è possibile mantenere in attività l'ospedale Morelli di Sondalo:

	Struttura soggetta a valutazione	
Flessibilità	Flessibilità del tipo edilizio per futuri ampliamenti e trasformazioni	
	Modello costruttivo che consente modifiche per un basso impatto energetico	
	Capacità della struttura di contenere nuovi apparati tecnologici e una nuova rete impiantistica	
	Possibilità di sfruttamento dello spazio interno senza compromettere l'impianto storico	
Logistica	Scarsa possibilità di prevedere in tempi brevi la rifunionalizzazione, la valorizzazione e la gestione del bene anche mediante accordi con gli enti locali	
	Impossibilità di usufruire di un'altra area adeguata dove costruire il nuovo ospedale	
	Possibilità di coabitazione di un cantiere complesso all'interno della struttura funzionante	
Esigenze sanitarie	Possibilità di creare percorsi brevi e razionali	
	Principi progettuali e stato di conservazione dell'edificio che consentono adeguati livelli di comfort	
Aspetti economici	Costi di mantenimento contenuti	
Salvaguardia del bene culturale	Possibilità di rispondere alle nuove esigenze sanitarie mantenendo inalterati i caratteri architettonici del bene e rispettando le sue specificità	
Rapporto con il contesto	Importanza del ruolo storico dell'ospedale nel comparto urbano e nella rete sanitaria urbana	
	Accessibilità	
Rapporto con la collettività	L'ospedale è un punto di riferimento per la popolazione	
	Possibilità di fruizione delle peculiarità del bene da parte del pubblico	

7.10.3 Considerazioni conclusive

I risultati ottenuti mostrano come l'ospedale di Sondalo si debba configurare all'interno della rete come Ospedale di Base. Infatti, bensì si ponga come punto di riferimento fondamentale per una vasta area, grazie all'eccellenza di molteplici settori disciplinari, il presidio non è strutturato per gestire in modo efficace e all'avanguardia casi di acuzie in numerose discipline mediche, configurandosi come struttura a basso volume di attività e con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza se non in specifici ambiti medici. Inoltre la scarsa infrastrutturazione dell'area non lo rende facilmente e velocemente accessibile.

Gli interventi di adeguamento, in risposta alle moderne esigenze sanitarie, risultano fattibili ma con costi non trascurabili e tempi lunghi. Tuttavia, il mantenimento della struttura, come risulta dallo strumento, appare possibile e necessario proprio perché l'ospedale si costituisce come presidio di una zona territoriale disagiata⁸⁹ e risponde alle funzioni sanitarie di grande importanza per un'utenza che supera il bacino ASL e che varca i confini regionali e nazionali. Poiché ogni progetto di riqualificazione deve rispondere alla connotazione che si dà al presidio ospedaliero, in relazione alle esigenze della popolazione e dell'ambiente circostante, la riqualificazione dell'ospedale di Sondalo non risulta inutile, onerosa e avulsa da una logica di rete di tutti i presidi non solo della Valtellina ma di conseguenza di tutta l'Area Vasta nord.

Non per altro, per assicurare il futuro all'ex sanatorio, i politici regionali e i sindaci dei comuni di Sondrio, Morbegno, Chiavenna, Tirano, Bormio e Sondalo, ribadendo la centralità della struttura rispetto all'Alta Valle per la tradizione illustre e per l'aspetto occupazionale, hanno ribadito i seguenti principi: conferma della centralità della struttura rispetto all'Alta Valle; necessità di compattare le prestazioni sanitarie del nosocomio in cinque padiglioni che verranno ristrutturati ed adeguati nella tecnologia e nelle apparecchiature sanitarie; mantenimento a Sondalo delle specialità storiche e loro valorizzazione nell'ambito di una valutazione più generale della sanità provinciale; dismissione dei restanti quattro padiglioni, con l'ampia superficie di pertinenza, per un utilizzo da definire nell'ambito di una proposta strategica politico-amministrativa che investirà un'ampia area della provincia, da Tirano a Livigno, e che vedrà come punti fondamentali i Comuni di Bormio e di Sondalo, in relazione allo sviluppo turistico e alla salvaguardia storico-ambientale dell'intera area.

D'altra parte, come si è visto, le condizioni orografiche rendono estremamente complessa la costruzione di un nuovo ospedale in un'altra area, in quanto di difficile collegamento e connessione con i servizi a rete.

Risulta, poi, fondamentale sottolineare come il mantenimento della struttura sia possibile anche perché, come l'intervento di ammodernamento attuato ha dimostrato, si può raggiungere un compromesso tra la risposta alle moderne

⁸⁹ In accordo con la terminologia della Proposta di Regolamento recante: "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in attuazione Legge 135, 7 agosto 2012.

esigenze sanitarie e la salvaguardia del bene storico, seppur con tempistiche più elevate. Ciò che ora si auspica è la continuazione e incentivazione del percorso, che in parte si è cominciato, di valorizzazione, promozione e comunicazione del bene culturale, operando attraverso soluzioni e strategie che portino a conoscenza del pubblico il valore del manufatto e che consentano di renderlo almeno in parte fruibile, come, per esempio, la riqualificazione e la conseguente apertura al pubblico dei padiglioni dismessi dalle attività ospedaliere.

CONCLUSIONI

Dopo un'indagine sviluppata sia nell'ambito storico che sanitario, e tenuto conto delle vigenti normative e del trend nazionale e internazionale, si è definito uno strumento che ha l'obiettivo di razionalizzare e valorizzare il patrimonio storico ospedaliero della Lombardia. La scelta di circoscrivere l'oggetto della ricerca al territorio lombardo ha avuto una specifica funzione nei risultati ottenuti con lo strumento finale. Infatti l'esigenza di delimitare l'ambito ha consentito di operare su problematiche omogenee e opportunamente confrontabili, in modo da ottenere uno strumento che fosse coerente in ogni sua parte. Inoltre tale campione si rivela rappresentativo di tutto il patrimonio nazionale, infatti presenta un'età media e uno stato di conservazione che riflette i dati medi nazionali. Tra l'altro il parco ospedaliero lombardo è caratterizzato da un numero di strutture sanitarie con valore storico-artistico tra i più elevati di tutta Italia, fatto che ha consentito un'indagine perfettamente mirata all'obiettivo della ricerca. Tali presupposti, pertanto, hanno permesso di fornire uno strumento che, applicato al locale, ha però carattere di ampia generalità.

Lo strumento si concretizza sulla base di un modello innovativo incentrato sui principi più attuali di gerarchizzazione dei livelli assistenziali e di riorganizzazione della rete globale che prende in considerazione tutto il territorio. In questo senso il modello proposto porta a operare su Aree Vaste che suddividono il territorio regionale e che superano la stretta connessione tra l'ospedale e la comunità più prossima. All'interno di queste Aree Vaste viene istituito il concetto di rete gerarchica delle strutture ospedaliere che costituiscono i diversi nodi della rete in relazione alla loro diversa funzione. I nodi principali sono rappresentati dagli Ospedali di riferimento regionale, a cui si affiancano gli Ospedali di I livello per i casi in acuto e gli Ospedali di Base per l'assistenza di base. Completano il quadro le strutture di riabilitazione, gli ambulatori, gli hospice, etc.

Un modello così costituito consente di avere una visione globale e pertanto di attuare facilmente la razionalizzazione delle strutture ospedaliere presenti su tutto il territorio.

All'interno di un modello così concepito, poi, è possibile operare facilmente sul patrimonio storico, fornendo modalità per la sua gestione e gli strumenti per il suo utilizzo. Infatti, a fronte del dibattito scientifico, costantemente aperto, che si

interroga su quale sia il sistema più consono di utilizzo di una struttura ospedaliera storica, lo strumento definisce per la prima volta criteri di valutazione oggettivi che consentono di capire quando sia preferibile mantenere le funzioni ospedaliere e quando sia preferibile dismetterle.

Dopo aver valutato attentamente le singole strutture, in conseguenza delle dismissioni attuate, lo strumento permette, seguendo il modello proposto, di operare sul territorio un'equa e uniforme distribuzione di tutte le strutture in relazione alla loro specifica funzione.

Va sottolineato che è molto prevedibile che lo strumento porti alla dismissione della maggior parte delle strutture storiche, ma questo è assolutamente coerente con il necessario processo di disinvestimento del patrimonio. Infatti, il parco ospedaliero non solo lombardo ma anche italiano è caratterizzato dalla presenza di un numero considerevole di strutture, spesso sovrabbondanti e ripetitive rispetto alle effettive esigenze. Ciò che dunque è necessario perseguire è l'equilibrio quantitativo tra dotazione di strutture e reale fabbisogno dell'utenza. Lo strumento ha l'obiettivo di mettere in atto proprio questo: dismettere la maggior parte del patrimonio storico, poiché, da una parte, esso non riesce più rispondere alle esigenze odierne di salute e cura, dall'altra, perché l'ostinato mantenimento delle funzioni originarie non può che aumentare il degrado funzionale è dunque fisico dei manufatti storici, in modo ancora più consistente e precipitoso nel tempo rispetto a quello che avrebbe se privato di qualsiasi funzionalità. Sappiamo bene infatti che, al contrario della maggior parte dei manufatti storici, per quelli che hanno avuto funzione sanitaria accade spesso che l'obsolescenza strutturale derivi principalmente dall'obsolescenza funzionale, ovvero dal lento deperire delle funzioni in esso contenute.

Aderendo a questi principi lo strumento indica la strada di un consistente disinvestimento, a cui si accompagna la ricostruzione *ex novo* solo di quegli ospedali effettivamente necessari, superando la ripetitività delle funzioni presenti sul territorio e mantenendo solo pochi nodi essenziali. Con un rapporto di uno a quattro: un ospedale costruito a fronte di quattro dismessi. In questo modo è possibile razionalizzare il patrimonio ed effettuare un'organica distribuzione degli ospedali all'interno della rete territoriale.

L'opportuna dismissione di quelle strutture che non possono più costituirsi come ospedali consente altresì di effettuare un adeguato processo di valorizzazione e di salvaguardia del bene storico. Innanzitutto, infatti, permette di recuperare il ruolo culturale che l'ospedale ha svolto nel passato, in secondo luogo permette una migliore fruizione del bene culturale, rispondendo alle esigenze della collettività. La società odierna ha la possibilità di riappropriarsi dell'uso sociale e collettivo del manufatto ospedaliero e di conquistare una dimensione consapevole della storia passata. Il processo di valorizzazione non si concentra solo sulla riqualificazione dei caratteri architettonici, ma agisce sul bene in modo che si costituisca come risorsa da vivere nella contemporaneità. In questo senso il lavoro portato avanti nella tesi consente di attivare sul patrimonio ospedaliero storico un processo di

adeguamento che risponda all'evoluzione dei bisogni della comunità e ne stimola la conoscenza.

Anche per quelle strutture che si mantengono a funzione ospedaliera è fondamentale superare il concetto di luogo di sola cura, ma attraverso l'attività di valorizzazione si auspica che venga promossa la fruizione delle peculiarità del bene storico dall'intera collettività. Ogni complesso ospedaliero, come si evince dallo strumento proposto, dovrebbe aprirsi e mettere in atto sistemi che consentano alla comunità di venire a conoscenza e usufruire dei caratteri storici e artistici di maggior rilievo, in modo da consentire un'effettiva riappropriazione del manufatto da tutta la collettività. Alcuni esempi in tal senso sono: la creazione di percorsi accessibili a tutti che connettono ambiti di particolare pregio, la realizzazione di biblioteche e musei interni all'ospedale che mettono a disposizione materiale documentario che testimonia la storia passata dell'istituzione ospedaliera, mostre che illustrano i beni mobili di pregio artistico e scientifico di appartenenza dell'ospedale.

E' da evidenziare, in ogni caso, che spesso i progetti di ammodernamento e riqualificazione degli ospedali storici hanno risultati insoddisfacenti perché le vecchie strutture vengono sentite solo come un vincolo piuttosto che come beni culturali da valorizzare. Fatto che va a discapito sia dell'attività sanitaria sia dei manufatti storici. Se come si è detto nella maggior parte dei casi la dismissione è la soluzione più opportuna, essa deve in ogni caso essere contestualizzata, infatti in alcuni casi è possibile trovare appropriate soluzioni per il mantenimento della struttura, e lo strumento proposto aiuta nella verifica che tale strada sia percorribile. Il processo di dismissione trova eccezione laddove la storia del bene storico-artistico si intreccia talmente con la storia dell'assistenza ospedaliera e del comparto urbano in cui esso è inserito, tanto che l'uno si identifica con l'altro. La riorganizzazione del presidio sanitario, allora, diviene riconoscimento di una funzione urbana che focalizza un alto numero di rapporti con altre realtà urbane esistenti, e, soprattutto, diventa occasione di revisione di un importante brano di città.

Dalle riflessioni effettuate nel corso del lavoro di ricerca traspare, poi, come in seguito alla dismissione delle strutture è bene che il processo di rifunzionalizzazione sia il più celere possibile. La mancanza di sensibilizzazione riguardo al valore dei complessi ospedalieri storici, infatti, genera lungaggini nei processi decisionali e mette in luce una mancanza di interesse che porta all'abbandono di questi complessi. Inutile dire come questo stato di cose non può fare altro che incentivare il degrado e l'obsolescenza delle strutture e del comparto urbano in cui esse sono inserite.

Lo scenario conseguente alla dismissione delle strutture non è direttamente trattato nel lavoro di tesi, ma è comunque opportuno fare alcune considerazioni. In seguito alla dismissione della struttura tante sono le strade percorribili. Esse possono prevedere l'alienazione dei fabbricati mediante vendita al pubblico o al privato, oppure la rifunzionalizzazione per attività socio-sanitarie che vanno a costituire l'assistenza territoriale di base, o ancora la rifunzionalizzazione per

attività di interazione come uffici o amministrazione. Il mantenimento nel vecchio ospedale delle attività sanitarie di base risulta particolarmente vantaggioso, in quanto la chiusura di un presidio ospedaliero determina l'emigrazione del bacino di utenza in un altro presidio vicino, con un conseguente spostamento e aumento nel territorio anche delle attività di prevenzione, diagnostica e continuità assistenziale. Inoltre consente di mantenere le strutture a funzione sanitaria risolvendo i problemi di adeguamento del bene storico, correlati al cambio di destinazione d'uso.

Attraverso l'alienazione di porzioni di patrimonio non più destinate all'attività ospedaliera è possibile recuperare risorse economiche per finanziare i nuovi interventi in corso di realizzazione. E' necessario, però, tener ben presente come queste strutture appartengano nella gran parte dei casi alle aziende sanitarie e spesso siano ubicate nei centri storici delle città, inoltre presentano caratteristiche architettoniche di pregio e spesso sono soggette a vincoli; tutti fattori che rendono difficoltoso il loro immediato utilizzo alternativo e dunque la loro alienazione.

Pertanto risulta fondamentale attuare azioni sinergiche con gli enti locali per valutare la migliore modalità di valorizzazione di queste strutture, qualunque operazione di dismissione, infatti, se condotta in modo adeguato, non può non vedere come partner il Comune al cui interno è dislocato l'immobile. Per esempio è bene verificare se il bene possa essere strategico per la collocazione di funzioni necessarie alla Pubblica Amministrazione, e questo non vuol dire solo funzioni amministrative ma anche direttamente utili alla comunità come musei, biblioteche, centri culturali o sociali, in modo da garantire che la nuova destinazione risponda alle esigenze della collettività. E' possibile, quindi, cedere tali immobili alle amministrazioni per ricompensarle della chiusura dell'ospedale nella comunità di riferimento, o individuare soluzioni alternative all'alienazione degli immobili di particolare pregio che prevedano la permuta con altre strutture da inserire nel progetto di alienazione. Di conseguenza si mette in luce come risulti fondamentale ricondurre a un'unica strategia regionale anche il coordinamento e la valutazione di soluzioni valide che riguardano i processi di valorizzazione e alienazione del patrimonio delle aziende sanitarie.

L'impegno di ricerca e analisi nella sua totalità ha portato a un risultato che prevedibilmente non è esente da critiche circa i contenuti e le modalità utilizzate, come peraltro accade nella maggior parte dei casi. La consapevolezza di tali limiti, però, si accompagna a un'equivalente consapevolezza della validità dei risultati prodotti e dell'identificazione di ulteriori possibili linee di sviluppo del tema trattato.

Prima di tutto va evidenziato come mediante questo lavoro di ricerca si sia posto l'accento sull'importanza della valutazione del patrimonio sanitario anche dal suo punto di vista storico. Infatti, se la necessità di ammodernamento delle strutture sanitarie è un dato da tempo associato all'interno del dibattito scientifico, troppo spesso la storicità di tali strutture è sempre sentita esclusivamente come vincolo e non come risorsa di arricchimento per la collettività che ne può usufruire in seguito a un corretto progetto di riqualificazione. L'aspetto e le esigenze del bene culturale sono sempre troppo spesso trascurate quando si riflette sul

mantenimento o la dismissione di un ospedale. In conseguenza di ciò la tesi auspica di indirizzare verso un processo completo, in cui la scelta del miglior impiego della struttura si accompagna strettamente con la sua valorizzazione.

L'attualità del tema proposto ha trovato nel corso del lavoro una conferma costante, constatando gli oggettivi dubbi da parte delle Aziende Sanitarie e dei progettisti di trovare le modalità più consone di utilizzo e valorizzazione delle strutture ospedaliere storiche. Un'attualità che deriva anche dal fatto che il problema non ha ancora delle oggettive modalità operative che, proposte in questa tesi, pur sicuramente perfettibili, indicano possibili soluzioni. L'iter metodologico proposto suggerisce, dunque, una prima utile traccia di lavoro da mettere a disposizione degli operatori pubblici e privati, aprendo anche un dialogo tra questi e l'Università. Infatti se la decisione si gioca a livello politico, spesso la scelta viene effettuata per interessi di comodo e non dietro a una precisa valutazione dei vantaggi e degli svantaggi. In tal senso è auspicabile che a livello tecnico si riescano a fornire gli strumenti necessari per indirizzare la scelta politica.

Il lavoro svolto ha inoltre avuto riscontro nella sua stesura attraverso il confronto con i professionisti degli Uffici Tecnici delle Aziende Ospedaliere e con la Società Infrastrutture Lombarde che si occupa per conto della Regione Lombardia della realizzazione e della manutenzione di tutta la dotazione infrastrutturale della Lombardia, nonché della conservazione e della valorizzazione del patrimonio immobiliare regionale. Questo ha permesso, da una parte, di operare mediante un corretto metodo di lavoro, dall'altra, di arrivare a una buona conoscenza di una tematica complessa che ben si accorda con gli aspetti strettamente attinenti all'area della valorizzazione dei beni culturali.

Parimenti, a fianco dei risultati positivi ottenuti è doveroso segnalare anche i limiti del lavoro di ricerca. Innanzitutto la consapevolezza dell'impossibilità dell'indagine di essere risolutiva di una problematica tanto complessa e che richiederebbe contributi plurispecialistici e professionali, nonché la possibilità di entrare a conoscenza di dati e informazioni non di possibile reperibilità. Per questo motivo il lavoro non ha la pretesa di risolvere né di trattare tutti gli aspetti, molteplici e articolati, del problema, che necessiterebbero di approfondimenti di tipo specialistico, ma si propone di stimolare interessi trascurati o semplicemente poco trattati anche in sede di ricerca. In aggiunta la frammentarietà dei dati a disposizione e dello stato dell'arte relativo alle strutture ospedaliere storiche, che non siano quelle di comprovata monumentalità, mette in luce che il problema non ha trovato una definitiva soluzione in tutti i suoi aspetti e pertanto necessita ancora di essere approfondito in ulteriori ricerche. Infine ogni intervento di dismissione e valorizzazione delle strutture ospedaliere storiche necessita di un processo di sensibilizzazione e conseguentemente di concertazione con tutti gli attori del territorio (enti, comuni, cittadini, etc.) al fine di trovare soluzioni condivise; altrimenti lo stesso strumento proposto appare inutile e fallimentare.

Determinate le modalità di riorganizzazione e valorizzazione, dunque, la ricerca suggerisce ulteriori possibili linee di sviluppo sullo stesso argomento, che vanno, *in primis*, dalla puntuale catalogazione dei luoghi della salute, all'individuazione di

I luoghi della salute: uno strumento per la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio storico lombardo

nuovi sistemi per la fruizione, la conoscenza e la pubblicizzazione degli ospedali storici, per arrivare alla formulazione di strategie di gestione e reimmissione nel circuito d'uso delle strutture dismesse.

MAPPA BIBLIOGRAFICA

La valorizzazione dei luoghi della salute:

AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009

AA.VV., *Siena, Santa Maria della Scala: da millenario ospedale a museo del terzo millennio*, Protagon Editori Toscani, Siena 2003

AA.VV., *Piano di ristrutturazione del sistema urbanistico ed edilizio del Policlinico Umberto I*, Gangemi editore, Roma 2000

AA.VV., *Concorso Internazionale di progettazione Policlinico Umberto I*, Roma 2009

AMARI MONICA, *Progettazione culturale. Metodologia e strumenti di cultural planning*, Franco Angeli, Milano 2006

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, *Patrimonio ospedaliero. Un percorso attraverso l'Europa*, Editions du patri moine, Parigi 2000

BLEKER JOHANNA, HESS VOLKER, *Die Charité*, Akademie Verlag GmbH 2010

BOND ALAN, LANGSTAFF LESLEY, "St-Mary's hospital: transformation into the Paddington health campus", in DUPAGNE ALBERT, RUELLÉ CHRISTINE, TELLER JACQUES, CORNÉLIS BERNARD, *Suit. Sustainable development of Urban historical areas through an active Integration within Towns*, European Commission, 2004

CAVIGLIA ALESSANDRO, BIANCO MARGHERITA, "Multiplicity of Forms in Healthcare Sites", in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

CELASCHI FLAVIANO, TROCCHIANESI RAFFAELLA, *Design e beni culturali. La cultura del progetto nella valorizzazione del bene culturale*, Edizioni POLI.design, Milano 2004

CHEN LINCOLN C., EVANS TIM G., CASH RICHARD A., "Health As a Global Public Good", in KAUL INGE, GRUNBERG ISABELLE, STERN MARC, *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*, Oxford University Press, Oxford 1999

CRIPPA MARIA ANTONIETTA, SIRONI VITTORIO ALESSANDRO, *Niguarda: un ospedale per l'uomo nel nuovo millenni: arte e storia della cura alla Ca' Granda di Milano*, Silvana Editoriale, Milano 2009

FAROLDI EMILIO, CIPULLO FRANCESCA, PILAR VETTORI MARIA, *Terme e architettura. Progetti, tecnologie, strategie per una moderna cultura termale*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna 2007

FERRANTE TIZIANA, *Scene da un patrimonio. Valorizzazione e alienazione del patrimonio immobiliare pubblico*, Edizioni Kappa, Roma 1999

FRANCIS SUSAN, GLANVILLE ROSEMARY, NOBLE ANN, SCHER PETER, *50 YEARS OF IDEAS in health care buildings*, Nuffield Trust, Londra 1999

GOLDIN GRACE, *Historic Hospital of Europe, 1200-1981*, National Library of Medicine, Bethesda 1985

GALLUZZI PAOLO, VALENTINO PIETRO ANTONIO, *I formati della memoria. Beni culturali e nuove tecnologie alle soglie del terzo millennio*, Giunti, Firenze 1997

MOLENAAR BAS, "The Unzipped Hospital Downscaling the Hospital from Mega Structure to Urban Tissue", in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

OPPIO ALESSANDRA, TARTAGLIA ANDREA (a cura di), *Governo del territorio e strategie di valorizzazione dei beni culturali*, Libreria Clup, Milano 2006

PAATELA MIKAEL, "Turku University Central Hospital T-Hospital, New Acute Care Hospital in Turku, Finland", in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

DEL NORD ROMANO, "Meyer Children's Hospital", in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

SCHER PETER, "Lessons in Humanising Future Health Care Architecture", in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

SHAFIE ZAKIA, "Cultural Aspect in Hospital Design", in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

TERRANOVA FERDINANDO, PALUMBO ROBERTO, "Azienda ospedaliera universitaria Careggi", in TERRANOVA FERDINANDO, PALUMBO ROBERTO, *Edilizia per la sanità*, UTET, Torino 2005

TERRANOVA FERDINANDO, PALUMBO ROBERTO, "Ampliamento Ospedale SS. Giovanni e Paolo a Venezia", in TERRANOVA FERDINANDO, PALUMBO ROBERTO, *Edilizia per la sanità*, UTET, Torino, 2005

VENTURA FRANCESCO (a cura di), *Beni culturali. Giustificazione della tutela*, CittàStudiEdizioni, Milano 2001

Riqualificazione dell'area "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena" di Milano. Forme molteplici dei luoghi della salute. Concorso Internazionale di Progettazione, Milano 2007

CAVIGLIA ALESSANDRO, *Esigenza di coerenza tra fattori tecnici e organizzativi per il successo di progetti complessi. Sostenibilità tecnica, economica e sanitaria*, in *Gestire il futuro in sanità*, 37° Congresso Nazionale ANMDO, Bologna, 9 giugno 2011

URBINA EZIO NICOLÀS BRUNO, *Come si lavora in un ospedale dove si costruisce un nuovo ospedale*, in *Gestire il futuro in sanità*, 37° Congresso Nazionale ANMDO, Bologna, 9 giugno 2011

La bellezza come terapia arte e assistenza nell'ospedale di Santa Maria Nuova a Firenze: atti del convegno internazionale, Firenze, 20-22 maggio 2004, Polistampa, Firenze 2005

CODELLO RENATA, "Vita nuova per l'ex-ospedale", in: *Ambiente Costruito*, n.3, 2000

JARETTI SODANO SERGIO, "Trasformare un ospedale", in: *Recuperare*, n.23, 1986, pp. 227-233

LAUDANI GIUSEPPE, "L'ospedale nel territorio. Recuperare dove si deve, riedificare dove si può", in: *Progettare per la sanità*, n.104, 2008, pp. 10

MASCIADRI IVAN, "Il nuovo policlinico di Milano", in: *Progettare per la sanità*, n.110, 2009, pp. 18-28

RAVIZZA SIMONA, "Fuori dagli ospedali i malati non gravi", in: *Corriere della sera*, 17 novembre 2010

ROTELLI FRANCO, VENUTO FRANCESCA, COMANDINI LIVIA, "Ospedali psichiatrici: dismissione e riuso nel caso di Trieste", in: *Urbanistica informazioni*, n.139, 1995, pp. 74-80

ROVERSI MONACO FABIO ALBERTO, "Il patrimonio delle aziende sanitarie", in: *Sanità Pubblica e Privata*, n.3, 2004

"Dossier: il futuro degli Ospedali Psichiatrici in Italia", in: *Ananke*, n.54, 2008, pp. 82-153

"For sale: 120 historic hospitals, hundreds of rooms, large gardens", in *The Independent*, 15 luglio 1995

"La storia in un progetto a Sansepolcro. Restauro del complesso monumentale ex Ospedali riuniti della Misericordia", in: *Edilizia popolare*, n. 273/274, 2002, pp. 116-119

Decreto Legislativo 22 gennaio 2004, n.42, *Codice dei Beni Culturali e del Paesaggio*

Progetto per la valorizzazione del patrimonio di interesse storico, artistico e culturale delle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna., Assessorato regionale alla Sanità, Istituto Beni culturali e Aziende sanitarie, 2001

Le arti della salute. Il patrimonio culturale e scientifico della sanità pubblica in Emilia-Romagna, Istituto per i beni artistici, culturali e naturali della Regione Emilia-Romagna, 2002

MANZONI VERONICA, *Analisi per la riqualificazione edilizia degli edifici dell'ospedale militare di Milano*, tesi di laurea, A.A. 2005/2006

PANCALDI SIMONA, *Il recupero dei luoghi della salute: inquadramento metodologico della problematica per un'ipotesi metaprogettuale*, tesi di laurea, A.A. 1996/1997

TONINI LAURA, *Luoghi non obsoleti: evoluzione delle pratiche mediche e valorizzazione delle potenzialità degli ospedali storici: l'ospedale di Garbagnate*, tesi di laurea, A.A. 2007/2008

HOLBOROW WILL, TAYLOR SUE, *Reusing historic hospitals*, 2001, in www.ihbc.org.uk

Il decreto sviluppo e la tutela dei beni culturali, in www.leggioggi.it

Campus Charité Mitte, in www.universitätsmedizinberlin.de

Riutilizzo a fini sanitari dell'ex-ospedale di Todi, in www.ausl2.umbria.it

Storia dell'architettura ospedaliera:

ATTALI JACQUES, *Vita e morte della medicina*, Feltrinelli, Milano 1980

AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009

CAPOLONGO STEFANO, *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano 2006

CATANANTI CESARE, CAMBIERI ANDREA, *Igiene e tecnica ospedaliera*, Il Pensiero scientifico, Roma 1990

CAVIGLIA ALESSANDRO, BIANCO MARGHERITA, "Multiplicity of Forms in Healthcare Sites", in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

TONELLI CHIARA, "Design Evolution of the Childhood Care and Assistance through the Twentieth Century in Europe", in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

Il nuovo scenario medico-scientifico: una nuova domanda di salute e cura:

AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia, 2009

BOMBELLI FRANCESCA, DEL GATTO MARIA LUISA, *Strutture sanitarie, mercato immobiliare e Facility Management. Strategie gestionali, strumenti finanziari e processi di valorizzazione*, Il Sole 24Ore, Milano 2006

BONNES MIRILIA, BONAIUTO MARINO, FORNARA FERDINANDO, BILOTTA ELENA, “Environmental Psychology and Architecture for Health Care Design”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

CAPOLONGO STEFANO, *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano 2006

CAPOLONGO STEFANO, *Architecture for flexibility in healthcare*, Franco Angeli, Milano 2012

CAPOLONGO STEFANO, BATTISTELLA ALESSIO, BUFFOLI MADDALENA, OPPIO ALESSANDRA, CHIERICI SIMONETTA, BARLETTA MICHELE, “Valutazione degli aspetti igienici e di benessere a scala urbana”, in *Diritto alla salute: il nuovo milione della sanità pubblica*, atti del 44° congresso nazionale di Società Italiana di Igiene, iniziative sanitarie edizioni, Roma 2010

CAPOLONGO STEFANO, BUFFOLI MADDALENA, OPPIO ALESSANDRA, “A Methodological Framework for the Settlement of the New Hospital of Regione Valle d’Aosta”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

CAPOLONGO STEFANO, SCHIAFFONATI FABRIZIO, TARTAGLIA ANDREA, “Functional layout for a new hospital organization”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Firenze 2009

CATANANTI CESARE, CAMBIERI ANDREA, *Igiene e tecnica ospedaliera*, Il Pensiero scientifico, Roma 1990

DE HOOGH SJOERD, “Building Differentiation of Hospital Layer Approach”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

DEBUCHY ASTRID MARIA, “Environment and Humanization, Condition of the Spaces, looking for the Satisfactors of the Health Facilities”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

DILANI ALAN, “Psychosocially Supportive Design: A Salutogenic Approach to the Design of the Hospital Environment”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

GIOFRÈ FRANCESCA, “The Health and Community Care Centre in the Territorial Health System”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

GIOVENALE ANNA MARIA, “University Hospitals: Innovation in Organisational Models for Integrating Healthcare, Research and Teaching”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

MANN GEORGE J., “The Evolution of the “Architecture for Health” Program at Texas A&M University since – 1966”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

MURA IDA, CONGIU MARGHERITA, DETTORI MARCO, MAIDA G., MONSÙ SCOLARO ANTONELLO, “Umanizzazione delle strutture territoriali di assistenza”, in *Diritto alla salute: il nuovo milione della sanità pubblica*, atti del 44° congresso nazionale di Società Italiana di Igiene, iniziative sanitarie edizioni, Roma 2010

NEDIN PHIL, “Designing Sustainable Healthcare Facilities”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

ORLANDO PAOLO, CRISTINA MARIA LUISA, “L’edilizia ospedaliera tra la nuova medicina e il Green Hospital”, in *Diritto alla salute: il nuovo milione della sanità pubblica*, atti del 44° congresso nazionale di Società Italiana di Igiene, iniziative sanitarie edizioni, Roma 2010

PALUMBO ROBERTO, “Programmazione, progettazione e realizzazione delle strutture edilizie”, in FALCITELLI NICOLA, TRABUCCHI MARCO, VASARA FRANCESCO (a cura di), *Rapporto 2000. L’ospedale del futuro*, il Mulino, Bologna 2000

ROSTEMBERG BILL, “The Integrated Interventional Platform: Designing Procedural Space for Next Generation Practice, Culture and Operations”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

RUBINO MARIA ANTONIETTA, “The Art of Making well Being in Healthcare Architecture”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

STORTO SILVANA, CIUFFREDA LIBERO, “I luoghi di cura e le relazioni umane”, in Furlan PIER MARIA (a cura di), *I nuovi luoghi delle cure: comprendere, innovare, costruire, gestire*, CELID, Torino 2006

STEVAN CESARE, “Moderni aspetti dell’igiene edilizia a scala di edificio (progetti, materiali, risparmio energetico, impatto ambientale)”, in *Diritto alla salute: il nuovo milione della sanità pubblica*, atti del 44° congresso nazionale di Società Italiana di Igiene, iniziative sanitarie edizioni, Roma 2010

SUN PHILIP PATRICK, “An Integrated Project Delivery Process: Providing Innovation, Sustainability, and Humanization for the Last Independent Hospital in San Francisco”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

TARTAGLIA ANDREA, GAMBARO MATTEO, “The Strategic Plan for the Wide Area of Novara and the New City Hospital System”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Alinea, Firenze 2009

Riqualificazione dell’area “Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena” di Milano. Forme molteplici dei luoghi della salute. Concorso Internazionale di Progettazione, Milano, 2007

CAPOLONGO STEFANO, "Ri-pensare il progetto ospedaliero", in: *Arketipo*, n. 53, 2011, pp. 120-123

DONATI CRISTINA, "Il progetto dell'innovazione sanitaria", in: *Progettare per la sanità*, n.113, 2009, pp. 30-36

DONATI CRISTINA, "Anadolu Health Center", in: *Progettare per la sanità*, n.110, 2009, pp. 30-35

DONATI CRISTINA, "L'ospedale Bellevue di New York", in: *Progettare per la sanità*, n.106, 2008, pp. 28-35

MAURI MAURIZIO, *Ospedale in rete e cittadino al centro*, in: Il Pensiero Scientifico Editore online, 31 marzo 2004

"Il nuovo ospedale di Vigo in Galizia", *Progettare per la sanità*, n.110, 2009, pp.38-45

Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza, Ministero della Salute, D.Lgs 502/92, ASSR (2002/2003)

ATTOLINI EDGARDO, *Modulo per degenze malattie infettive: analisi della progettazione ospedaliera dall'Asklepieion alla psico-architettura intorno al malato. Il modulo abitativo come l'evento tipologico per la progettazione ospedaliera*, tesi di laurea, A.A. 1999/2000

PIRAINO NADIA, *I modelli di governance delle aziende sanitarie: riflessioni teoriche e analisi dell'esperienza italiana*, tesi di dottorato, A.A. 2005/2006

Nuovo Modello di Ospedale. Metaprogetto planimetrico e dimensionale, in www.ad.es.dica.units.it

Cenni al panorama sanitario italiano:

AA.VV., *Rapporto sulla sicurezza in ospedale*, Direzione Centrale Comunicazione INAIL, Milano 2007

BOMBELLI FRANCESCA, DEL GATTO MARIA LUISA, *Strutture sanitarie, mercato immobiliare e Facility Management. Strategie gestionali, strumenti finanziari e processi di valorizzazione*, Il Sole 24Ore, Milano 2006

CAPOLONGO STEFANO, *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano 2006

CAVIGLIA ALESSANDRO, *Edilizia Sanitaria in Lombardia. L'edilizia pubblica al servizio della salute*, Regione Lombardia, 2002

LEGA FEDERICO, MAURI MAURIZIO, PRENESTINI ANNA, *L'Ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Egea, Milano 2010

PALUMBO ROBERTO, *Metaprogettazione per l'edilizia ospedaliera*, Consiglio Nazionale delle Ricerche, BE-MA, Milano 1993

TERRANOVA FERDINANDO, PALUMBO ROBERTO, “Il parco immobiliare sanitario”, in TERRANOVA FERDINANDO, PALUMBO ROBERTO, *Edilizia per la sanità*, UTET, Torino 2005

MAURI MAURIZIO, *Ospedale in rete e cittadino al centro*, Il Pensiero Scientifico Editore online, 31 marzo 2004

AGENAS, “Il piano di riorganizzazione dell’assistenza sanitaria nelle Regioni con Piano di rientro”, in: *Monitor*, n. 27, 2011, pp.12-89

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*

Protocollo di intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, Ministero della Salute, 28 settembre 2006

Relazione sullo stato sanitario del paese 2007-2008, Ministero della Salute, 2009

Compendio del Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della Salute, ottobre 2005

Rapporto Oasi 2009, Università Bocconi di Milano

Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario. Inchiesta sulle strutture sanitarie incompiute o non funzionanti, Senato della Repubblica, giugno 2000

Gli investimenti per l’ammodernamento delle strutture sanitarie, in www.salute.gov.it

Cos’è l’articolo 20, in www.salute.gov.it

Stato di attuazione degli accordi, in www.salute.gov.it

Aumenta la spesa sanitaria in Italia, 1.800 euro per abitante, in www.aiom.it

Nuovo patto per la salute, in www.regioni.it

Ministero della salute: www.ministerodellasalute.it

Associazione Italiana di Oncologia Medica: www.aiom.it

Conferenza delle Regioni e delle Province autonome: www.regioni.it

Istat: www.istat.it

Il sistema sanitario lombardo:

AA.VV., *L’architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda.*, Regione Lombardia, 2009

MUSSINELLI ELENA, “Re-organization activity of Milan hospital network for the re- qualification of sanitary assistance. Proposal of a analysis evaluation

model of present and future features of public hospital buildings in Milan”, in *The culture for the future of healthcare architecture*, atti del 28th International Public Health Seminar, 2008, Firenze 2009

SATOLLI ROBERTO (a cura di), *Milano capitale della salute. Ospedali, ricerca, industria, società civile*, Editrice Abitare Segesta, Milano 2009

IV Atto integrativo accordo di Programma Quadro per il settore degli investimenti sanitari, Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, 23 gennaio 2008

V Atto integrativo accordo di Programma Quadro per il settore degli investimenti sanitari, Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, 11 dicembre 2009

Annuario statistico nazionale, Ministero della Salute, 2009

Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014, Regione Lombardia

Programma Regionale di Sviluppo, Regione Lombardia, 28 settembre 2010

Edilizia sanitaria in Lombardia. L’edilizia pubblica al servizio della salute, Regione Lombardia, Direzione generale sanità, 2002

Lombardia, accordo da 340,9 milioni per l’ammodernamento delle strutture sanitarie, in www.salute.gov.it

Lombardia: al via il rinnovamento e la riqualificazione degli ospedali della regione, in www.assolombarda.it

Edilizia sanitaria, 812 milioni per 85 interventi, in www.regione.lombardia.it

Investimenti in sanità: firmato accordo con la Lombardia. Alla regione 340,9 milioni per ammodernamento servizi sanitari, Ministero della Salute, in www.regione.lombardia.it

L’edilizia sanitaria in Lombardia, in www.sanita.regione.lombardia.it

Ministero della salute: www.ministerodellasalute.it

Conferenza delle Regioni e delle Province autonome: www.regioni.it

Istat: www.istat.it

Casi studio:

AA.VV., *L’architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia 2009

BOLTRI DANIELE, ZEROLI VIRGILIO (a cura di), *Como. Nuovo Ospedale Sant’Anna. La persona al centro del progetto*, Regione Lombardia

D’ILARIO GIORGIO (a cura di), *Ospedale di Legnano. Un secolo di storia. Origini, sviluppo, realtà attuale e prospettive future*, Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano 2003

RONZANI ENRICO, *Apertura di nuovi ospedali e reparti. Ospedale Sanatorio Vittorio Emanuele III in Garbagnate*, in *Gli istituti ospitalieri di Milano. Rendiconto sanitario-statistico*, Arti Grafiche Monza, Monza 1927

RONZANI ENRICO, *Ospedale Sanatorio Vittorio Emanuele III in Garbagnate Milanese*, in *Gli istituti ospitalieri di Milano dal XV al XX secolo. L'igiene ospitaliera attraverso cinque secoli*, Arti Grafiche Monza, Monza 1925

RUGGERI ALBERTO, *Il complesso ospedaliero Carlo Poma di Mantova. Relazione storica*

Il Pio Istituto Santa Corona, Ed. Amilcare Pizzi, Milano 1960

Nuovo ospedale di Bergamo: concorso internazionale, Bolis, Bergamo, 2002

Studio di Fattibilità per l'Ospedale Civile di Legnano, Techint Engineering & Construction

AIELLO GIANLUCA, "Sono iniziati i lavori per il nuovo ospedale", in www.garben.tv, 14 marzo 2012

COLACICCO DONATELLA, "Camminare sulla storia", in www.cirm.net

GALDINI SILVIA, "Ospedale Macchi di Varese", in: *Progettare per la Sanità*, n. 103, 2008, pp. 28-31

LA FRANCA GIUSEPPE, "Vimercate. L'Ospedale orizzontale", in: *Tecnica Ospedaliera*, n. 45, 2011, pp. 40-46

SANFILIPPO FRANCESCO, "A Legnano un ospedale da 400 miliardi", in: *Corriere della sera*, 4 aprile 2001

SORMANI CHRISTIAN, "I negozianti del vecchio ospedale protestano", in: *Il giorno*, 21 ottobre 2011

"Legnano, strana eutanasia di un ospedale", in: *Polis Legnano*, 1 dicembre 2003, pp. 8-9

Infrastrutture Lombarde: www.ilspa.it

Lombardia Beni Culturali: www.lombardiabeniculturali.it

Pool Professionale Milano Srl. Architecture & Engineering: www.poolmilano.it

Lombardia Notizie. Agenzia di stampa della Giunta regionale: www.regione.lombardia.it

POLITECNICO DI MILANO

Polo Regionale di Mantova
Dipartimento ABC



Dottorato di Ricerca in
Progetto e tecnologie per la valorizzazione dei beni culturali
XXV ciclo
Coordinatore: Prof. Elena Mussinelli
Data 18/3/2013

ALLEGATO: SCHEDE ANALITICHE DEI CASI STUDIO

Dottorando: Gaia Tirani
matricola 753444

Tutor: Prof. Stefano Capolongo

Relatore: Arch. Maddalena Buffoli

SCHEDA 1

Gli Ospedali Riuniti di Bergamo

Data struttura originaria: 1927

Vincoli: vincolo architettonico padiglioni anni Trenta

Committente: AO Ospedali Riuniti di Bergamo

Progetto architettonico: Studio S.C.A.U. Parigi

Tipologia di intervento: Nuova costruzione

Localizzazione: Località Trucca, sud-ovest Bergamo

Data di progettazione: 2002

Data fine lavori: 2012

Superficie di intervento: 152.300 mq

Costo dell'intervento: € 284.051.294

Vicende storiche

L'ospedale di Bergamo è una delle più antiche istituzioni della città. L'attuale complesso architettonico degli Ospedali Riuniti, pur appartenendo al plurisecolare sistema della cura del malato urbano formalmente codificatosi nel 1457 per intervento del Vescovo Giovanni Baronzio e dei Rettori della città, è una costruzione risalente al secondo quarto del XX secolo. La necessità della sua edificazione era tuttavia avvertita da alcuni decenni, tanto che nel 1907 la Commissione nominata dal Consiglio Ospedaliero per definire le necessità architettoniche e strutturali dell'ente sanitario terminarono i loro lavori dichiarando che l'unica soluzione possibile era quella di creare un nuovo ospedale da erigere in una località esterna al centro abitato.



Erano molteplici i motivi per i quali i vecchi fabbricati non erano più idonei a ospitare l'ospedale e che rendevano impossibile il "riattamento ed ampliamento" dei luoghi di cura ospedaliera siti in città. Tra le molte ragioni elencate, vi era l'esiguità e l'insufficienza della superficie dei fabbricati, giudicata metà dell'area richiesta come minimum dalla moderna tecnica medico-ospedaliera, l'errore di orientamento dei fabbricati e l'insufficienza delle distanze tra i differenti padiglioni. Altre ragioni erano la grande ampiezza dei cameroni per i malati; l'esiguità dei locali di isolamento limitati a quattro posti letto ogni 400 malati; l'assenza di pavimenti facilmente lavabili e disinfettabili perché molti erano ancora realizzati in mattone.

Si scelse di edificare il nuovo grande ospedale cittadino all'interno dell'anfiteatro formato dalla linea continua di colline, che iniziano con l'antica Bergamo Alta e culminano al centro con il colle di S. Vigilio. Si trattava di un luogo particolarmente adatto alla cura medica riparato anche dai venti freddi di tramontana. La paternità del progetto è da attribuire all'ing. Giulio Marcovigi che nel 1927 iniziò i lavori. Per la progettazione egli si ispirò ai moderni principi dell'architettura ospedaliera che, tuttavia, si espressero con una forma fortemente

influenzata dalle strutture architettoniche francesi e inglesi di fine Seicento e dei primi decenni dell' XVIII secolo, che all'epoca avevano significativamente influenzato la coscienza tecnologica sanitaria europea. Egli progettò una struttura vagamente ispirata al concetto di poliblocco sanitario, evoluzione e reinterpretazione italiana dell'idea del monoblocco ospedaliero di matrice americana, con forti influenze della cultura europea dei decenni precedenti. Il complesso architettonico degli Ospedali Riuniti mostra una disposizione planimetrica centrale, con i differenti padiglioni ortogonali organizzati attorno ad una ampia corte attrezzata che accoglie un grande giardino verde con fontana circolare. Su questo spazio insistono gli ingressi principali dei differenti padiglioni, raccordati tra loro attraverso corpi di fabbrica di inferiore dimensione e di minor pregio architettonico. Nella parte centrale dei due fianchi sono presenti ingressi monumentali colonnati con accessi facilitati per le ambulanze che immettono nei padiglioni, che originariamente ospitavano la Medicina e la Chirurgia.

Il modello di maggior ispirazione fu la ricostruzione dell'Hotel-Dieu di Parigi di J.B. Le Roy. Da questo esempio Marcovigi desume il tema della conclusione della corte con un edificio destinato ad accogliere i Servizi

Generali e le cucine, correlate anche con la Farmacia, la Pediatria e il padiglione per gli studi oftalmici, che si raccorda con la corte verde attraverso due colonnati semicircolari. Alle spalle del complesso centrale il progettista inserì dei padiglioni autonomi destinati ad accogliere i malati affetti da patologie della cute, gli studi di anatomopatologia e alcuni volumi tecnici. Ancora più discosto, sul limitare del perimetro del complesso architettonico, fu collocato il padiglione per le malattie infettive e per i pazienti da porre in isolamento. Nell'estremità sud-occidentale fu invece edificato il padiglione per la cura dei tubercolotici, che oggi è stato trasformato e ospita un asilo aperto anche alla cittadinanza. Il modello sanitario perseguito nella fase di progettazione si basava, dunque, sulla costruzione di un sistema misto che prevedeva quantitativamente l'emergere di padiglioni riuniti e la presenza di specifici edifici distanziati a vocazione specifica. L'elemento più significativo dell'ospedale, dunque, non sono le singole architetture, gradevoli ma non capolavori dell'architettura della prima metà del XX secolo, ma l'impianto planimetrico. Tra le architetture si differenzia qualitativamente la palazzina di ingresso all'intero complesso ospedaliero. Si tratta di un edificio dalle vaghe reminiscenze neoclassiche

caratterizzato da tre grandi arcate e un imponente atrio colonnato nel quale, senza troppa grazia, oggi è collocato un piccolo ma funzionale prefabbricato che funge da ufficio informazioni per il pubblico.



L'affaccio dell'ospedale sul vialone d'ingresso, inoltre, fu pensato per rispondere ad alcune istanze funzionali e come elemento di raccordo tra la cittadella sanitaria degli ammalati

e la grande città dei sani, che svetta preminente in lontananza. Infatti, la facciata dell'ospedale non funge da fondale scenografico ma costituisce un elemento arretrato rispetto al filo stradale, perché il vero prospetto ideale doveva rimanere la città alta, il Borgo Canale e il contesto orografico naturale dei monti bergamaschi.

La costruzione del nuovo ospedale costituisce anche uno degli elementi salienti dello sviluppo urbano della città moderna. Essa rappresentò, infatti, una delle principali istanze innovatrici della fascia nord-occidentale della periferia di Bergamo, capace di mettere in moto un meccanismo di rapido sviluppo urbano gestito da privati e dall'amministrazione pubblica. Il trasferimento in questa area della struttura ospedaliera e la conseguente dismissione e rapido abbattimento degli edifici costituenti l'antica cittadella sanitaria, lasciarono inoltre la possibilità di ripensare alla configurazione urbana di Bergamo, per la definizione del suo volto moderno. La grandiosità dell'ospedale rispose pienamente al desiderio dell'amministrazione locale e del regime centrale di rispondere in maniera monumentale alle istanze innovatrici espresse dalla città e alla richiesta di dotare Bergamo di una serie di architetture sociali pubbliche.

Nel corso dei decenni il complesso ospedaliero ha subito numerose trasformazioni dovute all'accorpamento di altre strutture sanitarie. Nel 1983 l'Ospedale accolse e creò numerose altre realtà sanitarie finalizzate a migliorare la cura dei pazienti secondo logiche di eccellenza, e, per questa ragione, si è dotata del Dipartimento Ostetricopediatrico (1983), dell'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi (1991) e di un nuovo Blocco per le Sale Operatorie (1995).

Nel 1993 con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri la struttura è stata riconosciuta "di rilievo nazionale e di alta specializzazione".

Il progetto di riqualificazione

Il processo di integrazione e di sviluppo non è stato facile ma per molto tempo aveva saputo ben armonizzarsi con la struttura architettonica esistente, perseguendo logiche di riempimento degli spazi non occupati dagli edifici di Marcovigi e conservando al suo interno numerosi beni mobili meritevoli di attenzione e di valorizzazione, sebbene la Relazione Programmatica dell'agosto del 1996 sottolineava l'obsolescenza di alcuni elementi strutturali e impiantistici, con la conseguente impossibilità di fronteggiare pienamente le esigenze di

carattere sanitario, strutturale, tecnologico, normativo e gestionale. L'Azienda Ospedaliera ha pertanto chiesto e ottenuto l'inserimento della costruzione di un nuovo ospedale tra gli interventi del programma pluriennale di investimenti in sanità della Regione Lombardia.

Nella scelta di costruire una nuova struttura ospedaliera, hanno contato obiettivi aziendali e motivi finanziari e urbanistici. Molteplici esigenze hanno pesato nella decisione, come la difficoltà, all'interno della rigida struttura a padiglioni, di creare aree differenziate per intensità di cura, aree di day hospital e day surgery e un sistema spaziale flessibile. Inoltre le esigenze di umanizzazione e confort di un ospedale contemporaneo si andavano scontrando con una struttura non a norma e obsoleta. A questo si aggiungono la necessità di riduzione dei posti letto e di una maggiore specializzazione delle aree, l'esigenza di creare percorsi razionali e l'impossibilità di realizzare un edificio intelligente a basso impatto ambientale all'interno del sistema costruttivo degli anni Trenta. La ristrutturazione del vecchio ospedale avrebbe comportato grandi costi anche in termini di tempo e forti disagi per gli utenti, dovendo mantenere la struttura funzionante. Per quanto riguarda la localizzazione, l'ospedale situato nel

centro di Bergamo mostrava diversi problemi in termini logistici per i trasporti e il parcheggio. La nuova area della "Trucca", definita dagli strumenti urbanistici vigenti, più decentrata, verde e spaziosa, risponde ai principi di accessibilità e si pone in continuità con il contesto urbano più consolidato, sia in relazione alla sua immagine storica sia per la sua attuale organizzazione funzionale. Questa area è da considerarsi la più adatta a consentire alla nuova struttura ospedaliera di non subire gli effetti di un eccessivo isolamento e al tempo stesso di potersi giovare di una consistente disponibilità di spazio.



L' Accordo di programma per la realizzazione del nuovo ospedale, che prevede un finanziamento per 284.051.294,50 euro, è stato sottoscritto nel 2000, anno in cui è stato bandito il Concorso internazionale di progettazione. Nel bando del concorso l'Azienda Ospedaliera ha individuato gli obiettivi sanitari, tecnici e gestionali. In particolare è stata evidenziata la necessità che le soluzioni progettuali fossero improntate a criteri di flessibilità per rispondere ai fabbisogni futuri, che i nuovi spazi fossero aperti alla città creando una vera città nella città e che rispondessero alle problematiche ambientali e del paesaggio. Il concorso ha visto come vincitore il progetto del raggruppamento avente capogruppo S.C.A.U. di Parigi.

Il nuovo ospedale di 1.200 posti letto, riprende la scelta strategica che nel 1930 portò a costruire l'attuale struttura nella parte soleggiata e pianeggiante a sud-ovest della città. L'ospedale si connette alla dimensione territoriale della città antica e alle matrici di sviluppo di quella contemporanea, svolgendo un ruolo di polarizzazione e di riqualificazione di questo quadrante della città, come fece il vecchio ospedale. Si tratta di un ampio comparto pianeggiante, tutt'ora agricolo, che svolge una preziosa funzione di raccordo fra il sistema dei Colli e la pianura. Per questa ragione il progetto intende interpretare,



nell'architettura degli edifici e nel trattamento del suolo, delle zone a parco e delle aree esterne, l'idea di un ospedale immerso nel verde, aperto, confortevole e rispettoso dell'ambiente. In questo senso l'ospedale è stato pensato come una struttura che si modifica e si adegua al territorio: gli spazi interni si aprono all'esterno e dalla città si può percepire la vita all'interno.

L'idea guida del progetto nasce dall'esigenza di porre le parti funzionali dell'ospedale a distanze equivalenti dall'origine dei

flussi più impegnativi (pronto soccorso e accettazione), in modo da ottimizzare le connessioni e ridurre i percorsi. Dalla convergenza di questa idea e i vincoli dell'area, è scaturito uno schema costituito da una corona esterna di sette corpi di degenza, in corrispondenza di aree ambulatoriali attinenti agli stessi dipartimenti. Questi elementi si dispongono attorno a un nucleo interno di diagnosi e cura la quale sono direttamente collegati. Gli ingressi dall'esterno si inseriscono in relazione alle provenienze degli utenti, in posizione decentrata; si colloca il corpo dei servizi tecnologici e generali. Ne è risultata una soluzione a sviluppo prevalentemente orizzontale, che sfrutta in modo ottimale le viste panoramiche verso la città Alta e il sistema dei Colli.

Il progetto del nuovo ospedale è contraddistinto da tre elementi: la piastra dei servizi di diagnosi e cura e dei servizi generali e amministrativi, sviluppata su tre piani; le torri delle degenze, alte cinque piani, disposte lungo tre lati della piastra, al piede delle quali sono distribuiti gli ambulatori per i pazienti esterni; la "hospital street", formata da tre rami che connettono degenze, ambulatori, servizi e piastra centrale. I corpi delle degenze sono caratterizzati da grande leggerezza e trasparenza, con ampie vetrate, in modo da offrire

un'immagine aperta a chi si avvicina. Le camere godono di vedute ampie sul verde e sul panorama dei Colli, garantendo anche il controllo della luminosità in ogni condizione. Al benessere delle camere contribuiscono anche i materiali e i colori degli interni, mentre la loro concezione planimetrica consente di dividere il piano tipo di degenza in unità operative di minori dimensioni. La grande piastra centrale rappresenta il cuore dell'ospedale, dove è massimo l'impegno scientifico, tecnologico e organizzativo, ed è pensata secondo una griglia modulare di percorsi e connessioni, intervallata da patii e corti.



Gli spazi della “hospital street” sono destinati a diventare il luogo pubblico per eccellenza, mentre le sue grandi vetrate che danno sull’ingresso facilitano l’orientamento dei visitatori e dei pazienti esterni. Questa “strada interna” è divisa in tre tratti, per cui quello centrale si presenta come prolungamento della piazza esterna e ospita i servizi accessori e gli spazi commerciali, quello a nord ha funzione sanitaria e quello a sud ha destinazione didattica. A questi elementi che contengono le funzioni qualificanti dell’ospedale, si accostano i fabbricati di servizio con altezze ridotte in modo da non impedire la vista dei Colli.

Nel trattamento delle aree esterne e a verde si ricerca sempre un collegamento costante tra l’ospedale e l’ambiente. Una grande piazza pedonale si apre di fronte all’ingresso principale e una leggera pensilina condurrà dalla stazione ferroviaria fino all’entrata dell’ospedale come legame tra la struttura e il suo intorno. Infine per quanto riguarda gli spazi verdi, è stata progettata una vasta area trattata a parco agricolo, recuperando il sistema dei fossi esistenti, mentre a diretto contatto con l’ospedale è presente un parco attrezzato, sistemato con percorsi e attrezzature leggere, curando le connessioni con le corrispondenti aree a nord della città.



Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Fonti bibliografiche

AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia 2009

Nuovo Ospedale di Bergamo: concorso internazionale, Ospedali Riuniti di Bergamo, Bolis, Bergamo 2002

Infrastrutture Lombarde: www.ilspa.it

Illustrazioni

Fonti: AA.VV., L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda, Regione Lombardia 2009;

Nuovo Ospedale di Bergamo: concorso internazionale, Ospedali Riuniti di Bergamo, Bolis, Bergamo 2002;

www.blogdem.it; www.ilspa.it

Foto 1_ Veduta interna del complesso ospedaliero storico

Foto 2_ Veduta dell'ingresso dell'ospedale in relazione al contesto urbano della città alta

Foto 3_ L'area della Trucca con la planimetria del nuovo complesso ospedaliero

Foto 4_ Vista aerea dell'intera area del nuovo complesso ospedaliero

Foto 5_ Rendering del nuovo ospedale

Foto 6_ Vista della "hospital street"

SCHEDA 2

Ospedale G. Salvini di Garbagnate Milanese

Data struttura originaria: 1923-1930

Vincoli: vincolo architettonico padiglioni anni Venti,
vincolo paesaggistico Parco Regionale delle Groane

Committente: AO G. Salvini di Garbagnate Milanese

Tipologia di intervento: Nuova costruzione

Localizzazione: Garbagnate, in adiacenza alla vecchia struttura

Data di progettazione: 2009

Data fine lavori: 2014

Superficie di intervento: 97.859 mq

Costo dell'intervento: € 115.295.104

Vicende storiche

Sin dal 1913 il Comune di Milano, antesignano in Italia per la lotta antitubercolare, deliberava la costruzione di un grande Ospedale Sanatorio, "Vittorio Emanuele III", sui terreni interni alla pineta di Garbagnate Milanese, affidandone il progetto all'Ufficio Tecnico Municipale, precisamente all'ingegnere Giannino Ferrini. L'apertura di un grande tubercolosario, uno dei primi tisiocomi di pianura sorti in Italia, collocato alle porte della città, serviva a integrare e potenziare la rete dei presidi antitubercolari cittadini insieme ai sanatori di Ornago, Legnano, Cuasso al Monte e Prasomaso.



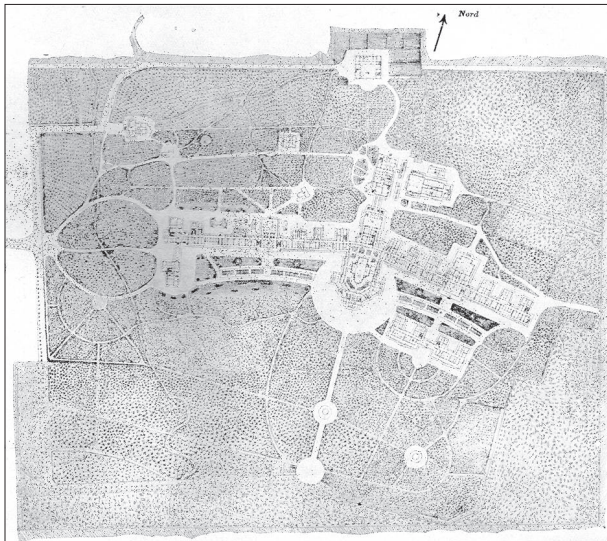
I lavori cominciati poco dopo, furono sospesi causa la guerra; perciò il primo grande padiglione, di complessivi 440 letti con i relativi servizi generali, poté essere aperto e funzionare solo nel 1923. Nel 1929, con l'ultimazione dell'altro grande padiglione e con l'ampliamento dei servizi generali, il numero dei letti saliva a 900 sino a raggiungere, nel 1930, la capienza di mille letti con l'apertura di due padiglioni per bambini e gestanti. In seguito, la capienza veniva ulteriormente aumentata con la trasformazione di una delle Ville Medici in reparto sanatoriale.

Il Sanatorio rappresentava all'epoca una delle realizzazioni più grandiose e un modello nel campo delle costruzioni sanatoriali. Esso distava solo un chilometro e mezzo dal paese di Garbagnate, al quale si connetteva attraverso un ampio viale alberato, e quattordici chilometri da Milano nella zona delle Groane, che si estende per parecchi chilometri verso nord, zona un tempo ricoperta da magnifiche pinete, che andarono in gran parte distrutte durante gli anni di guerra ma che ora vanno, in parte, ricostituendosi. Il Sanatorio disponeva di un'area di circa 750.000 mq. Di questa area, 33.000 mq erano occupati dai fabbricati, 100.000 da strade e viali, 40.000 da giardini, 77.000 da terreni coltivati, 500.000 da bosco. Il

bosco comprendeva la vecchia pineta, con un certo numero di querce e altre piante a foglia caduca, e la pineta di recente piantagione. Il Sanatorio era lontano da grandi agglomerazioni di popolazione, da strade molto frequentate e da stabilimenti che potessero alterare la purezza dell'aria, mentre il bosco lo proteggeva dai venti. Il clima era costantemente meno caldo che nella città, meglio ventilato in estate e meno nebbioso nell'autunno.

Il nucleo fondamentale del Sanatorio, costituito da due grandi padiglioni da 450 posti collegati tra loro da un edificio centrale d'ingresso disposto a ferro di cavallo, si estendeva su di un fronte di 450 metri e aveva l'aspetto di un largo angolo ottuso aperto a sud. Ognuno dei due padiglioni è formato da quattro piani, di cui due superiori occupano la sola sezione centrale dell'edificio. Originariamente i due piani superiori del padiglione ovest, il primo costruito, si estendevano lateralmente in ampie terrazze mentre i due piani inferiori non avevano in un primo tempo le verande di cura: la cura d'aria si faceva in appositi capannoni allineati davanti al fronte del padiglione. Quando in epoca successiva si cominciò a sentire l'anacronismo di tale disposizione, si provvide a realizzare terrazze e verande coperte.

Lungo il versante sud del complesso edilizio, le stanze dei degenti erano disposte in modo da essere sempre esposte al sole di mezzogiorno.



La fronte nord, invece, era occupata da corridoi di disimpegno che percorrevano i vari piani in tutta la loro lunghezza e davano accesso a cinque corpi sporgenti verso nord contenenti i vari servizi.

Le camere di degenza, di due, quattro, otto letti, ricevevano la luce a sud da ampie porte-finestre, munite di vasistas e tapparelle, che nei piani inferiori davano su balconate, mentre

a nord comunicavano con i corridoi di disimpegno assai spaziosi e provvisti di numerose e ampie finestre.

Il fabbricato centrale d'ingresso, leggermente avanzato rispetto alle due ali di edifici adiacenti, comprendeva gli uffici e i saloni di rappresentanza, la biblioteca medica, le abitazioni dei sacerdoti, il servizio d'accettazione, gli ambulatori e la chiesa, interessante esempio di architettura neorinascimentale.



A ridosso del complesso principale sorgevano i servizi generali dell'ospedale: il fabbricato della farmacia, la lavanderia, un fabbricato per le caldaie, gli alloggi per il personale e una villetta di abitazione dei medici e funzionari. Nei semi-sotterranei, che fungevano anche da intercapedine ventilata per l'umidità, erano situati gli annessi della cucina e dispensa e i magazzini.

Una delle caratteristiche costruttive salienti del sanatorio era la vasta rete di sotterranei, completata e perfezionata successivamente negli anni Sessanta, la quale era costituita da un doppio sistema di corridoi (infetti e non infetti) colleganti i principali edifici del complesso. Tale divisione tra infetto e non infetto dimostrava una notevole concezione igienica, con lo scopo di separare nettamente i servizi che comportavano il maneggiamento e il trasporto di possibili fonti di infezione.

Il Sanatorio, poi, si riforniva autonomamente di acqua potabile attraverso l'estrazione della stessa dal sottosuolo a oltre trenta metri di profondità.

Nel 1923 la direzione medica del tisiomio era stata affidata al professore Enrico Ronzani, che rimase in carica fino al 1928, anno in cui fu celebrata l'inaugurazione ufficiale. Negli anni successivi il Vittorio Emanuele III andò incontro a un generale

riordino con l'apertura nel 1929 del secondo padiglione e nel 1930 quello per i bambini. Nel 1933, poi, entrò anche in funzione il laboratorio di anatomia patologica "Angelo Maffucci".

Nel 1942 il Sanatorio venne dato in gestione amministrativa al Pio Istituto Santa Corona che però non aveva ingerenza sui ricoveri, assumendone la gestione diretta solo nel 1949. Al fine di migliorare le condizioni igieniche del sanatorio, vennero costruite nuove fosse biologiche; scavato un pozzo per la rete



idrica interna della struttura, costruite nuove terrazze coperte per la cura d'aria e una autorimessa per gli automezzi.

Nel decennio successivo si imposero alcune riforme igienico-edilizie e funzionali, non solo perchè il tempo ormai lontano della fondazione aveva reso impellenti opere di restauro e di ammodernamento, ma specialmente perchè la profonda evoluzione che la tubercolosi polmonare aveva subito nei suoi aspetti terapeutici e il cambiamento del tipo di malato avevano creato necessità in parte diverse da quelle del passato. Inoltre, a seguito della contrazione del settore sanatoriale, dovuto all'avvento dell'era antibiotica, al perfezionamento della profilassi e alla tempestività della diagnosi, l'Amministrazione decise di adibire duecento posti letto alle cure ospedaliere, considerata l'impellente necessità di Milano e del suo circondario di sistemazione per malati non tubercolari. I due padiglioni per gestanti e bambini vennero trasformati in divisione Medico-Chirurgica e pian piano la disponibilità di posti letto ospedalieri aumentò sino a coprire circa la metà della capacità ricettiva. Nel 1955 il Sanatorio assunse ufficialmente la denominazione di "Sanatorio Guido Salvini della Città di Milano".

Nel 1958 sorse una nuova scuola di riqualificazione professionale



per ricoverati e in concomitanza fu realizzato un villaggio per i dimessi dal Sanatorio, in immediato contatto con questo. In tal modo gli abitanti potevano avere nelle immediate vicinanze i mezzi diagnostici, curativi e profilattici e nello stempo tempo fruire delle scuole di riqualificazione. Tale esperimento fu di grande importanza e attirò l'interesse delle Nazioni Unite che ne finanziarono in parte i lavori.

Il Salvini assunse nel 1959 il carattere di presidio ospedaliero polispecialistico ed è rimasto a carattere misto, sanatorio e ospedale, sino agli anni Settanta. L'Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" è stata istituita nel 1998, con l'accorpamento di ospedali e strutture sanitarie aventi modelli e assetti organizzativi già consolidati. I Presidi che configurano ora l'Azienda sono quattro: Bollate, Garbagnate, Passirana e Rho.

Il complesso del sanatorio non subì grandi processi di trasformazione per tutti gli anni a venire e si presenta ai giorni nostri pressoché con le stesse fattezze con cui è nato, rappresentando un notevole esempio di architettura dei primi decenni del Novecento.

Il progetto di riqualificazione

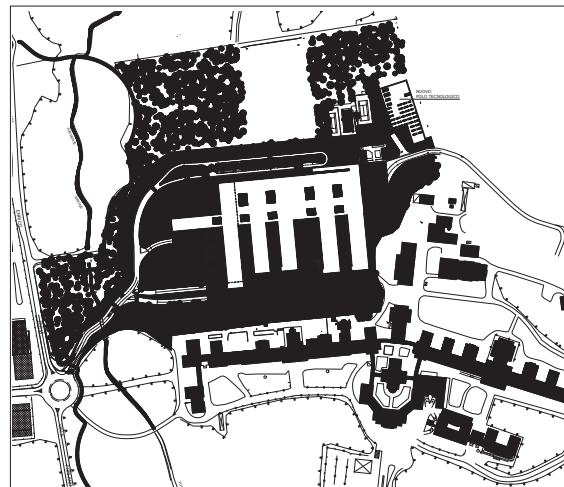
Le principali criticità che caratterizzano il complesso nosocomiale del Salvini, che hanno condotto al progetto del nuovo ospedale, sono quelle riguardanti gli impianti, le aree critiche, l'accessibilità, i parcheggi, le strutture murarie e le aree di degenza. Tali criticità permangono, nonostante le risorse economiche stanziare per interventi specifici, rivolti a sanarle. Purtroppo, nessun intervento ha potuto eliminare completamente l'inadeguatezza di strutture concepite con criteri edilizi e impiantistici vecchi di più di mezzo secolo, oltretutto con una caratterizzazione tipologica rappresentata dall'originario indirizzo sanatoriale difficile da adattare alle nuove esigenze ospedaliere.

Le rigidità e i vincoli posti dalle situazioni strutturali hanno reso difficile il percorso, pur avviato, verso il cambiamento organizzativo. Gli interventi di ristrutturazione hanno risposto più a necessità estemporanee che a un piano di razionale riorganizzazione, evidenziando, attraverso l'analisi sullo stato patrimoniale, la necessità di ulteriori investimenti. Per questo motivo l'analisi dei costi di investimento e la programmazione dei tempi di esecuzione delle opere da attuare su una struttura vetusta e occupata da attività sanitaria, che non può certo

essere sospesa per lunghi periodi se non parzialmente, hanno spinto verso la realizzazione di un nuovo complesso ospedaliero. La realizzazione del nuovo Ospedale di Garbagnate prelude, insieme alla ristrutturazione di alcune aree del presidio ospedaliero di Rho e alla riorganizzazione del presidio di Bollate, alla creazione del sistema ospedaliero a rete dell'Azienda ospedaliera di Garbagnate Milanese. L'Ospedale Salvini rappresenta il nodo principale, per la sua funzione strategica di coordinamento e di centralizzazione dei servizi tecnico-amministrativi di supporto alle attività cliniche e direzionali. Tale riorganizzazione vede, tra i principali obiettivi, la riduzione delle duplicazioni di reparti o presidi, strutturando come poli per acuti gli ospedali di Garbagnate e Rho, come polo riabilitativo quello di Passirana di Rho e come polo per malati cronici l'ospedale di Bollate. A eccezione dell'Ospedale di Garbagnate, gli altri presidi sono soggetti a interventi di trasformazione e ristrutturazione necessari a valorizzare un patrimonio strutturale ancora potenzialmente capace di rispondere alle esigenze di rinnovamento organizzativo e tecnologico.

Una prima ipotesi vedeva lo spostamento dell'Ospedale Salvini nella vecchia area dell'Alfa Romeo; in seguito si optò

per mantenere ferma la localizzazione di tutti i presidi, intervenendo con la sola sostituzione di quello di Garbagnate, localizzato vicino all'attuale complesso servito dalla medesima viabilità, anche per creare meno disagi agli utenti.



Planimetria dell'area con il complesso storico e il nuovo ospedale

Nella nuova struttura ospedaliera, che si estenderà su 60.000 metri quadrati di superficie complessiva, confluiranno tutte le attività a oggi presenti nell'attuale ospedale che verranno integrate da prestazioni specialistiche riabilitative. Il nuovo fabbricato sarà inserito all'interno di un'area di circa 130.000 metri quadrati, adiacente al vecchio ospedale, all'interno del comprensorio

del Parco Regionale delle Groane. L'area è inserita in un territorio che tutt'ora conserva rilevanti valenze sotto il profilo, naturalistico, ambientale e paesaggistico, i numerosi spazi verdi previsti nel progetto sono stati quindi sviluppati come incursioni del paesaggio stesso nel cuore dell'ospedale, creando continuità tra l'ambiente circostante e la struttura.

La nuova edificazione, pur nella modernità delle sue linee e delle soluzioni formali, risulta allineato all'impianto originario. L'architettura è caratterizzata dal principio dell'orizzontalità: il volume che compone l'edificio risulta essere strutturato come un complesso ma leggibile incastro di volumi puri.



L'inserimento di ampie superfici vetrate offre nell'insieme un aspetto di grande leggerezza.

L'ospedale, che si fonda sull'organizzazione dipartimentale e per intensità di cura, si sviluppa su tre livelli fuori terra, con un ulteriore livello destinato a ospitare le tecnologie impiantistiche. Inoltre, sono presenti altri tre livelli interrati destinati per la quasi totalità a ospitare i posti auto di dipendenti e visitatori. L'impianto planimetrico del fabbricato è strutturato secondo un asse di distribuzione centrale orientato sull'asse est-ovest dell'edificio su cui da un lato si innesta il "pettine" generato dai tre corpi che ospiteranno le degenze, collocate qui in modo che gli spazi interni possano maggiormente fruire del doppio affaccio est-ovest e della sua aeroilluminazione, mentre dall'altro si sviluppa la piastra, al cui interno sono stati inseriti ampi patii per garantire l'illuminazione e l'aerazione di tutti gli ambienti interni. Nella spina centrale connettiva, oltre ai corridoi di distribuzione orizzontale, sono presenti i collegamenti verticali distinti per visitatori, interni, personale e materiali, nonché ampie corti vetrate che andranno a illuminare i corridoi di collegamento.

La piastra di diagnosi e cura accoglie il Pronto Soccorso, gli ambulatori, il centro prelievi, la dialisi, il blocco operatorio con

sette sale operatorie, il blocco parto con cinque sale parto e una sala operatoria, il servizio di endoscopia, il servizio di diagnostica per immagini e i laboratori. I tre corpi all'interno dei quali si svilupperanno le aree di degenza saranno così suddivise: al piano terra l'area di degenza diurna e riabilitativa; al primo piano l'area chirurgica e materno infantile; al secondo piano quella medica. La struttura disporrà di otto posti letto intensivi e quattro di unità coronarica. In corrispondenza dell'ingresso principale al piano terra verrà collocata l'area di accoglienza dell'ospedale con i servizi al pubblico: area reception-informazioni, caffetteria e zona dedicata agli spazi commerciali. Previste inoltre due sale conferenze video collegate con accesso dedicato.



Oltre ai numerosi accorgimenti progettuali destinati a favorire il miglior inserimento della struttura nel contesto ambientale, va ricordato che il 15 gennaio 2010 è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa tra Regione Lombardia, Infrastrutture Lombarde, Azienda Ospedaliera, Comune di Garbagnate Milanese e Consorzio Parco delle Groane con il quale ci si auspica che venga messo in atto un progetto di compensazione della zona boschiva oggetto di trasformazione attraverso la messa in opera di interventi come la piantumazione di nuove aree a bosco e l'individuazione di altre in cui vengano ripresi gli elementi della cultura agricola della pianura per un'area di circa 111.000 metri quadrati.

All'interno del processo progettuale nel passaggio tra il vecchio e il nuovo complesso ospedaliero, le critiche che sono state mosse riguardano la scarsa interazione con gli operatori interni, in una visione efficientista ma pericolosa dal punto di vista qualitativo. Uno dei più grandi limiti è quello di aver fornito le linee guida per il progetto senza aver discusso le esigenze degli operatori e degli utenti. In tal modo il nuovo ospedale segue i principi delle più moderne strutture ospedaliere, ma senza essere calato nel contesto in cui è inserito. Viene contestata una struttura fuorimisura ma senza

gli spazi idonei per il trasferimento di tutti i servizi che l'Ospedale Salvini a fin'ora fornito, fatto che però probabilmente segue una logica che supera la concezione ospedalocentrica e assume come presupposto la rete tra ospedali.

La maggiore criticità riguarda il rapporto con il vecchio sanatorio e il suo futuro. Infatti, nel progetto del nuovo ospedale si riscontra una carente integrazione tra la nuova struttura e quella storica, essendo stata quest'ultima sempre percepita, anche nel processo decisionale, come un vincolo.



Inoltre ancora non è chiara quale sarà la sua sorte futura, in quanto verrà restituita al Comune di Milano, che purtroppo a oggi non ha ancora indicato quale sarà il progetto di valorizzazione e rifunzionalizzazione.

Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Fonti bibliografiche

ENRICO RONZANI, *Apertura di nuovi ospedali e reparti. Ospedale Sanatorio Vittorio Emanuele III in Garbagnate*, in Gli istituti ospitalieri di Milano. Rendiconto sanitario-statistico, Arti Grafiche Monza, Monza 1927

ENRICO RONZANI, *Ospedale Sanatorio Vittorio Emanuele III in Garbagnate Milanese*, in Gli istituti ospitalieri di Milano dal XV al XX secolo. L'igiene ospitaliera attraverso cinque secoli, Arti Grafiche Monza, Monza 1925

Il Pio Istituto Santa Corona, Ed. Amilcare Pizzi, Milano 1960

DONATELLA COLACICCO, "Camminare sulla storia", in www.cirm.net

GIANLUCA AIELLO, "Sono iniziati i lavori per il nuovo ospedale", in www.garben.tv, 14 marzo 2012

Infrastrutture Lombarde: www.ilspa.it

Lombardia Beni Culturali: www.lombardiabeniculturali.it

Lombardia Notizie. Agenzia di stampa della Giunta regionale: www.regione.lombardia.it

Fonti istituzionali

Ufficio Tecnico Azienda Ospedaliera Guido Salvini di Garbagnate

Illustrazioni

Fonti: planimetrie, disegni tecnici, foto storiche: Ufficio Tecnico Azienda Ospedaliera Guido Salvini di Garbagnate

Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Illustrazioni

Foto 1_ L'ingresso dello storico complesso dell'ospedale di Garbagnate

Foto 2_ Planimetria del complesso ospedaliero storico

Foto 3_ La chiesa in stile neorinascimentale

Foto 4_ Il padiglione per i bambini

Foto 5_ Particolare del prospetto di un padiglione storico

Foto 6_ Planimetria dell'area con il complesso ospedaliero storico e il nuovo ospedale

Foto 7_ Rendering del nuovo complesso ospedaliero

Foto 8_ L'articolazione funzionale del nuovo ospedale

Foto 9_ Vista esterna dei corridoi di collegamento della vecchia struttura sanatoriale

SCHEDA 3

Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese

Data struttura originaria: 1905

Vincoli: vincolo architettonico Villa Tamagni e padiglione di ingresso

Committente: AO di Circolo Fondazione Macchi di Varese

Progetto architettonico: Pool Professionale Milano srl

Tipologia di intervento: Ristrutturazione e ampliamento

Localizzazione: Varese

Data di progettazione: 2008-2009

Data fine lavori: 2010

Superficie di intervento: 9.900 mq

Costo dell'intervento: € 14.372.949

Vicende storiche

Nella zona periferica della città, di fronte alle colline che chiudono il lago di Varese, si situa l'ospedale l'Ospedale di Circolo Macchi. Gli avvenimenti che hanno condotto alla sua edificazione risalgono al primo decennio del XX, quando la Cassa di Risparmio delle Province Lombarde destinò ingenti capitali per il riammodernamento e il rifacimento di numerose strutture nosocomiali lombarde. Così nel 1905 l'amministrazione comunale deliberò la costruzione di un nuovo ospedale, la cui progettazione fu affidata due anni dopo a una commissione composta dagli ingegneri Paolo Molina ed Enea Torelli, da Riva Rocci e dal professor Scipione.



Matrice spaziale del nuovo progetto era l'Ospedale Vittoria di Belfast, progettato nel 1901. Pensato come un ospedale a padiglioni, il nosocomio di Varese, che rispondeva ai più avanzati criteri sanitari, possedeva un'architettura centrale principale in cui erano stati condensati i servizi generali, le abitazioni del personale e le camere dei pensionati, ai fianchi del quale si addossavano il padiglione medico e il padiglione chirurgico, con una capacità ricettiva di duecento posti suddivisi in quattordici infermerie allineate su un unico piano. A inframmezze i padiglioni dal corpo centrale i progettisti posero le sale operatorie e i locali di cura. Il padiglione centrale, inoltre, era caratterizzato da un'ampia veranda vetrata che ancora oggi corre su tutto il fronte dell'edificio raggiungendo i duecento metri di lunghezza.

Tale nuovo complesso andava a sostituire la vecchia sede ospedaliera che ancora oggi emerge all'interno del tessuto edilizio della nuova città della salute di Varese. Esso, con il passare dei decenni, può oggi contare su trentatré strutture con differenti dimensioni e caratteristiche tecniche e una superficie coperta di quasi 72.000 mq. Infatti all'interno del complesso ospedaliero si conservano ancora il nucleo originario costruito nel primo decennio del XX secolo, l'antica Villa

Tamagno, annessa all'ospedale in epoca successiva e oggi vincolata, la sede degli uffici amministrativi e di rappresentanza, e i numerosi padiglioni che si sono costruiti nel corso della prima metà del secolo.

Sopralzi degli edifici esistenti e nuovi fabbricati furono poi edificati dal 1948 al 1970, occupando nella progettazione tra gli altri gli ingegneri Arturo Braga e Alberto Ronzani, e gli architetti Giuseppe Noris, Franco Niada e Ludovico Barbiano di Belgioioso.

Il progetto di riqualificazione

Nel 2002 è stato dato avvio a un importante progetto di riqualificazione e di ampliamento del complesso, con la creazione di un nuovo monoblocco e la riorganizzazione in maniera razionale di tutta la struttura ospedaliera, perseguendo l'ottimizzazione dei percorsi interni e la concentrazione delle attività chirurgiche, delle aree funzionali



omogenee delle degenze, degli studi medici e delle attività didattiche. I progettisti inoltre hanno ampliato alcuni settori quali la terapia intensiva e la medicina legale e hanno riorganizzato le attività di pronto soccorso. Per raggiungere questi scopi hanno compiuto alcune demolizioni dei vecchi padiglioni che erano non vincolati. Infatti l'accordo con il comune era quello di recuperare la superficie destinata ai nuovi interventi abbattendo parte dei vecchi edifici. Così, nell'ottica di compatte le funzioni sanitarie, i progettisti hanno ideato nuove strutture articolate in un unico complesso architettonico di nove piani, di cui sette fuori terra, dotato di un eliporto alla sua sommità e di una superficie lorda pavimentale di quasi 60.000 mq. Il nuovo edificio è suddiviso in due corpi di fabbrica paralleli destinati al blocco medico e al blocco chirurgico, uniti da una struttura di collegamento all'interno della quale sono collocati gli ascensori, le scale e gli spazi comuni per i visitatori. L'intera struttura poi si raccorda con l'ambiente esterno attraverso una grande piastra servizi che ospita il pronto soccorso, gli studi medici e una hall di ingresso, andando a occupare i primi tre piani dell'edificio: due piani sotterranei e il piano terreno. Nella parte inferiore sono collocati gli elementi tecnologici, i blocchi operatori e la diagnostica, mentre nel



piano terreno sono stati ricavati gli ingressi principali con le attività commerciali.

I progettisti hanno cercato di creare degli spazi "a scala umana" capaci di ridurre l'estraneità dell'ambiente ospedaliero. Un ampio ingresso con una reception luminosa, accogliente e tecnologicamente avanzata costituisce il primo approccio dell'utente con la realtà ospedaliera, che non smentisce la scelta di creare volumi ariosi, vetrati e particolarmente ampi in tutte le realtà destinate al pubblico e negli atri dei singoli reparti. Le camere per i degenti, a due letti, possiedono

ampi standard qualitativi, la cui matrice spaziale è da ricercare nella cultura architettonica ospedaliera americana e di alcune nazioni asiatiche. Per meglio realizzare il nuovo modello di nosocomio, si sono ripensati i percorsi pedonali e carrabili dell'intera struttura e, in particolare, si è realizzato un tunnel sopraelevato che relaziona la nuova struttura ospedaliera con



il padiglione centrale di inizio secolo. In tal modo la parte nuova si integra con quella preesistente, ospitando alcuni ambulatori e i reparti di malattie infettive, psichiatria, nefrologia e oculistica. Nel processo di risistemazione notevole importanza è stata assegnata alla sistemazione del verde, esistente e

progettato, al fine di realizzare ambienti con standard qualitativi migliori, relazionare il nuovo intervento con il contesto paesaggistico limitrofo e interfacciare la città dei malati con quella dei sani. I progettisti hanno riservato particolari cure anche allo studio dei materiali di finitura e dei paramenti murari esterni, realizzati essenzialmente con tavelle in cotto montate a secco su una sottostruttura metallica capace di armonizzarsi con il contesto architettonico nel quale l'ospedale è inserito. La flessibilità e la reversibilità delle suddivisioni interne è stato un'altro elemento progettuale ampiamente ricercato, che ha anche condotto i progettisti a prediligere una maglia strutturale modulare unica di 7,20x7,20 metri. Le divisioni interne sono state per la maggior parte realizzate con partizioni leggere costruite a secco, che offrono la certezza che nei prossimi anni la struttura potrà essere modificata con costi ridotti e con interventi non invasivi. Inoltre, l'intera struttura nosocomiale vanta un'organizzazione all'avanguardia composta da venti sale operatorie computerizzate, sistemi di trasporto automatizzato e monitoraggio wireless dei pazienti in area critica. L'addizione e dismissione di volumi nel complesso dell'ospedale di Circolo è in continua evoluzione e vede una

costante sistemazione e riqualificazione dell'area. Dopo l'ultimo intervento sopra descritto che si è concluso nel 2006, il presidio è attualmente oggetto di un nuovo intervento di riorganizzazione delle funzioni ospedaliere che si sviluppa attraverso la razionalizzazione e la differenziazione dei flussi e dei percorsi, centralizzando i servizi e le attività al fine di ottimizzarne la gestione e ottenere una migliore qualità delle prestazioni offerte. Tale intervento rientra nel Programma di riqualificazione e accreditamento che interessa l'intera Azienda Ospedaliera di Varese.

In particolare, il progetto dell'ospedale Macchi di Varese si concretizza attraverso la sistemazione di tre lotti, con la costruzione di una nuova palazzina ospedaliera costituita da due lotti all'interno dell'area e la conseguente demolizione di due padiglioni in disuso nell'area interessata dall'intervento. Questo manufatto integrerà le funzioni esistenti dell'ospedale, sarà destinato prevalentemente alle attività diurne e si innesterà, attraverso un percorso vetrato, alla passerella aerea che tuttora unisce il Padiglione Centrale con il Monoblocco, in modo da essere collegata con tutti i reparti del Presidio. Le funzioni contenute nella nuova palazzina sono suddivise nei quattro piani dell'edificio, impostato in planarità

rispetto al monoblocco, e comprendono tutte le attività ambulatoriali, il CUP, il day hospital e il day surgery, il reparto di dialisi, i laboratori di analisi e del centro trasfusionale.

La costruzione della nuova palazzina risulta quasi completata, mentre l'intervento previsto sul terzo lotto risulta al momento bloccato. L'idea di fondo che ha condotto agli ultimi interventi di ammodernamento è stata quella di liberare tutti i vecchi padiglioni dalle attività assistenziali e compattare le funzioni sanitarie in un nuovo nucleo ospedaliero. Tale decisione, che è passata attraverso un'attenta valutazione della possibilità di riqualificazione, sempre a scopi ospedalieri delle vecchie strutture, è



stata presa in quanto i vecchi padiglioni presentava diverse problematiche, quali la presenza di amianto e una tipologia edilizia non consona ai fini dell'accreditamento. D'altra parte, la maggioranza delle palazzine non risultava vincolata; pertanto si è deciso di demolirne alcune e rifunzionizzarne altre, inserendo funzioni che riguardano attività di volontariato e il terzo settore, attività amministrative, servizi sanitari non strettamente legati all'ospedale come quelli odontoiatrici o per pazienti in fase subacuta. Perciò il processo messo in atto è stato quello di trasferire le funzioni ospedaliere, svuotando i vecchi padiglioni, man mano che venivano realizzati i nuovi fabbricati.

Tra i padiglioni mantenuti si conta: la villa Tamagni vincolata e sede di attività amministrative; il padiglione di ingresso, che risultava vincolato, ma che la Soprintendenza facilmente avrebbe acconsentito a eliminare il vincolo, e che il comune avrebbe voluto abbattere per allargare la strada antistante la piazza di ingresso all'ospedale; un padiglione recentemente ristrutturato e adibito a hospice; il padiglione santa Maria con funzione sanitaria. Il resto dei fabbricati è stato abbattuto per creare spazi adibiti a parcheggio e a verde.

Le maggiori problematiche che derivano dal mantenimento

dell'ospedale nella vecchia area risultano legate all'inevitabile commistione che si viene a creare con il vecchio complesso, non riuscendo mai ad attuare un reale progetto organico di riqualificazione, a causa della mancanza per problemi gestionali di soluzioni definitive, per cui risulta difficile dismettere del tutto i vecchi fabbricati dalle funzioni ospedaliere. D'altro canto, la dismissione dell'area con la conseguente costruzione ex-novo in altro luogo della struttura ospedaliera, risulta problematica anche dal punto di vista dell'indotto che l'ospedale fornisce. Questo vale anche per i professionisti, solitamente contrari alla mobilità anche delle proprie attività private, e che così vanno a formare, insieme alla popolazione, una massa critica politicamente impegnativa. Infine vi è la difficoltà da parte dei comuni di modificare, all'intero dei Piani Regolatori Generali, la destinazione d'uso dell'area, per cui ne diventa estremamente problematica l'alienazione con il mantenimento della destinazione sanitaria.

Da ultimo, si vuole evidenziare il ruolo dell'Ospedale Macchi all'interno della rete sanitaria lombarda, per cui la struttura si pone come riferimento per le patologie acute all'interno di un sistema di altri quattro presidi con un bacino di utenza di 350.000 abitanti. Di questi il presidio Del Ponte si costituisce

come polo specialistico materno-infantile, il presidio di Luino e di Cittiglio hanno funzione di gestione territoriale degli utenti e il presidio di Cuasso al Monte si configura come polo riabilitativo. All'interno del bacino di utenza, oltre all'Ospedale di Circolo Macchi non esistono altre strutture pubbliche o private accreditate che abbiano la funzione di gestione delle acuzie. Inoltre esso si costituisce nella rete sanitaria regionale come ospedale universitario e pertanto di rilievo sovraterritoriale per la ricerca e la formazione con lo sviluppo di specifiche discipline mediche di nicchia.



Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Fonti bibliografiche

AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia 2009

SILVIA GALDINI, "Ospedale Macchi di Varese", in: *Progettare per la Sanità*, n. 103, 2008, pp. 28-31

Infrastrutture Lombarde: www.ilspa.it

Pool Professionale Milano Srl. Architecture & Engineering: www.poolmilano.it

Fonti istituzionali

Direzione Generale Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese

Illustrazioni

Fonti: AA.VV., L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda, Regione Lombardia 2009; Infrastrutture Lombarde S.p.A.; www.poolmilano.it,

Foto 1_ Il monoblocco di recente costruzione

Foto 2_ Vista dell'ingresso al monoblocco

Foto 3_ Vista degli interni con le pareti color pastello e ampie vetrate per migliorare il benessere psicologico dei pazienti

Foto 4_ Tunnel sopraelevato che relaziona la nuova struttura ospedaliera con il padiglione centrale di inizio secolo

Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Illustrazioni

Foto 5_ Planimetria del complesso ospedaliero

Foto 6_ La nuova palazzina con il percorso vetrato di collegamento al monoblocco

SCHEDA 4

Ospedale Civile di Vimercate

Data struttura originaria: 1926

Vincoli: vincolo architettonico padiglioni anni Venti

Committente: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate

Progetto architettonico: Mario Botta Architetto

Tipologia di intervento: Nuova costruzione

Localizzazione: Oreno, sud di Vimercate

Data di progettazione: 2007

Data fine lavori: 2009

Superficie di intervento: 115.800 mq

Costo dell'intervento: € 143.098.301

Vicende storiche

Le origini dell'ospedale di Vimercate si allungano nel corso di una storia millenaria: la prima istituzione nota attraverso i documenti antichi, risale infatti all'anno 833, quando grazie all'iniziativa dei Monaci di Sant'Ambrogio fu costruito l'Hospitale di San Damiano, un edificio adibito al ricovero dei pellegrini. Verso la metà del XV secolo l'arcivescovo di Milano Enrico Rampini si propose di dare un nuovo ordine agli ospedali del Ducato. Fu così che nel 1477 i ventisei ospedali più importanti dello Stato furono riuniti sotto l'amministrazione



dell'"Hospitale Grande dell'Annunciata". Fra questi vi era anche l'"Hospitale di San Damiano" che, perdendo così la propria autonomia, fu rinominato in un primo tempo "Hospitale di San Giuseppe", successivamente "Hospitale Pauperum", ed infine ribattezzato con il nome di "Hospitale del Borgo di Vicomercato".

In seguito alla pressante iniziativa del Conte Trotti, sovrintendente dell'ospedale, nel 1778 si procedette alla ristrutturazione del fabbricato, ampliato e affiancato dal nuovo istituto dell'Opera Pia ed Ospitale dei Poveri e luoghi Pii Uniti di Vimercate, inaugurato nel 1783 e tuttora esistente. Le nuove esigenze della locale comunità in crescita demografica determinarono diversi interventi di ampliamento e di riforma, culminati nel 1926 con la costruzione del nuovo Ospedale di Circolo, seguito nel 1937 dal Padiglione Sanitario.

Il complesso ospedaliero si trovava ai bordi del nucleo storico di Vimercate, nell'area a sud-ovest dell'abitato attraversata dalla tangenziale est. Ora è costituito da unità differenziate edificate nel corso del tempo, in parte attraverso opere che hanno lasciato in evidenza l'architettura più antica, in parte mediante nuove realizzazioni a completa sostituzione delle preesistenze. Infatti alla metà del Novecento seguirono nuove

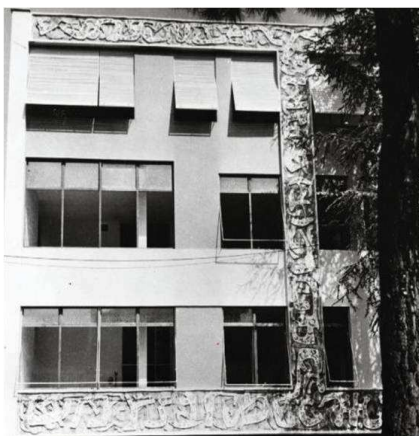
iniziative di riqualificazione per opera dell'architetto Carlo Casati, cui si devono le principali realizzazioni moderne del complesso: nel 1954 l'edificio del Dispensario, il padiglione della Maternità inaugurato nel 1958 ed il poliambulatorio INAM nel 1961.

Il padiglione INAM, collocato al bordo del complesso e vicino al più antico insediamento dell'ospedale, è un edificio a pianta irregolare ad L, con arretramento centrale corrispondente all'ingresso, preceduto da una scalinata e aperto da una ampia vetrata.



Di altezza limitata a quattro piani, ha candide facciate con una regolare serie di finestre che ricordano nella composizione quanto l'architetto aveva realizzato negli stessi anni presso l'Ospedale psichiatrico di Codogno. La ristrutturazione attuata negli ultimi decenni, in particolare con l'inserimento di schermature alle finestre, ha alterato non poco l'immagine architettonica originaria dell'edificio.

Il padiglione maternità, invece, è un edificio a pianta rettangolare su tre piani affacciato al cortile interno del vecchio ospedale di circolo che, sino alla ristrutturazione, presentava nel prospetto principale l'immagine fortemente caratterizzante dell'apparato decorativo di Fulvio Nardis, opera in ceramica ad alto rilievo a due colori in tesserine di mosaico. La palazzina è oggi completamente alterata dall'ultimo intervento edilizio che ne ha modificato l'uso e cancellato l'originaria immagine architettonica, anche attraverso la perdita delle cornici decorative.



Con l'entrata in attività del primo monoblocco chirurgico, nel 1973, la cittadina assunse il presidio ospedaliero della USSL 60, mentre dal gennaio 1998 l'ospedale divenne la principale struttura dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Vimercate".

Il progetto di riqualificazione

Dal 2006 è stata avviata la realizzazione del nuovo ospedale su un'area di 100.000 mq, a sud-est del centro urbano di Vimercate, in località Oreno, a breve distanza dalla tangenziale Est di Milano e dalla strada provinciale Vimercate-Monza. La nuova struttura si sviluppa in orizzontale con un orientamento nord-sud su cinque livelli complessivi, dei quali solo tre completamente fuori terra per minimizzare l'impatto sul paesaggio circostante, caratterizzato da costruzioni basse e dalle estese aree a verde che circondano l'ospedale. L'ingresso principale è preceduto da un'ampia area a parcheggio in superficie che prospetta l'edificio destinato all'accoglienza, un lungo parallelepipedo porticato su quattro livelli che accoglie le aree per l'orientamento e le attività amministrative rivolte al pubblico, la zona commerciale con bar e ristorante, ambulatori e uffici amministrativi e per il personale sanitario, più il Centro prelievi.

Ulteriori percorsi carrabili cingono l'area ospedaliera con ingressi dedicati attestati sulla viabilità locale, permettendo l'avvicinamento ai veicoli autorizzati (ambulanze, mezzi privati, etc.) e per le attività tecnico-logistiche. La piastra è il "cuore" dell'attività sanitaria: si sviluppa parallela all'edificio d'accoglienza attraversata trasversalmente dalla *main street* sia al livello d'ingresso sia al seminterrato, concludendosi nel corpo in linea che distribuisce i volumi riservati alla degenza. Le aree critiche sono prevalentemente situate nella zona meridionale della Piastra. La zona chirurgica comunica direttamente con la degenza Day surgery e il Blocco parto, che occupano la zona nord della piastra.



I settori per la degenza ordinaria sono distribuiti all'interno di quattro volumi, chiamati "petali" per la loro forma semicurva, che si aprono a raggiera verso il parco situato a ovest dell'ospedale.



Il complesso è caratterizzato da ampie corti grazie alle quali la maggior parte degli spazi interni sono esposti alla luce naturale in molte ore del giorno. Particolare attenzione è dedicata alla presenza e alla funzione del verde all'interno del progetto che ha previsto la semina del parco posto ad ovest dell'ospedale, delle corti interne all'edificio Piastra, delle aree a sud del parcheggio e di quelle poste a nord e a sud dell'edificio Piastra.

Le degenze, dal canto loro, si aprono verso il parco, preservando tranquillità e privacy dei pazienti e offrendo un rapporto diretto con la natura. Lo scopo di tale scelta è duplice: ottenere un minimo impatto ambientale della struttura e la garanzia di un ambiente accogliente per pazienti, personale e visitatori. La trama dei percorsi si configura perciò come un ordinato reticolo ortogonale, accessibile da pazienti esterni e interni senza sovrapposizione o incroci nei flussi. Ai lati della piastra sono situati i nuclei di circolazione verticale e i cavedi impiantistici, che agevolano le operazioni di manutenzione e consentono l'inserimento di eventuali nuove tecnologie con interventi miniminvasivi rispetto alla continuità delle attività ospedaliere.

Una delle caratteristiche che contraddistinguono il progetto del nuovo complesso ospedaliero di Vimercate, infatti, è la flessibilità: ogni dettaglio, ogni particolare dell'edificio è stato progettato con la finalità che la struttura possa adeguarsi a eventuali cambiamenti e a nuove esigenze che, con il tempo, possono manifestarsi. Ne sono esempi rappresentativi, la scelta di utilizzare un modulo strutturale (7,50x7,50 metri), che lascia una grande libertà distributiva, e la collocazione interna di pareti in cartongesso

facilmente rimuovibili e sostituibili.

Le scelte materiche conferiscono un'immagine architettonica basata sull'accostamento del cotto, protagonista della tradizione costruttiva lombarda, con il vetro, materiale contemporaneo per antonomasia. Dal punto di vista tecnologico, l'ospedale vanta un sistema di produzione di elettricità e calore che assicura la sostenibilità ambientale e un'elevata efficienza energetica del complesso, mentre i sistemi di comunicazione interni garantiscono un'offerta efficiente di servizi digitali per l'attività medica, infermieristica, tecnica e amministrativa, allo scopo di snellire e facilitare l'attività ottimizzando i processi.



Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Fonti bibliografiche

GIUSEPPE LA FRANCA, “Vimercate. L’Ospedale orizzontale”, in: *Tecnica Ospedaliera*, n. 45, 2011, pp. 40-46

Infrastrutture Lombarde: www.ilspa.it

Lombardia Beni Culturali: www.lombardiabeniculturali.it

Illustrazioni

Fonti: GIUSEPPE LA FRANCA, “Vimercate. L’Ospedale orizzontale”, in: Tecnica Ospedaliera, n. 45, 2011, pp. 40-46; www.lombardiabeniculturali.it

Foto 1_ Vista del fronte storico dell’Ospedale di Vimercate

Foto 2_ Particolare del prospetto del poliambulatorio INAM

Foto 3_ Vista del prospetto principale del padiglione maternità prima delle modifiche attuate durante l’ultimo intervento di ristrutturazione

Foto 4-5_ Vista della nuova struttura ospedaliera

Foto 6_ Particolare del volume della degenza

SCHEDA 5

Ospedale Sant'Anna di Como

Data struttura originaria: 1928

Vincoli: vincolo architettonico padiglioni anni Trenta

Committente: Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como

Progetto architettonico: Arch. Virgilio Zeroli,

Ing. A. Bortolazzi Consulting

Tipologia di intervento: Nuova costruzione

Localizzazione: Tre Camini, sud-ovest di Como

Data fine lavori: 2009

Superficie di intervento: 136.000 mq

Costo dell'intervento: € 158.029.429

Vicende storiche

Al 1468 risale il primo documento che si possa riferire all'ospedale di Como: la bolla pontificia redatta da papa Paolo II per conferire l'atto di fondazione dell'Istituto Sant'Anna. Sorto come luogo di ospitalità per pellegrini e di assistenza ai poveri e viandanti, ha una storia lunghissima nella quale l'istituzione divenne una potenza economica e fondiaria, espressione della municipalità. La prima sede dell'ospedale era in via Cadorna, all'interno della Città Murata, sul luogo di un precedente ospedaletto, che faceva parte della chiesetta dedicata a Sant'Anna,



unito all'Ospedale di San Vitale sin dal 1353. Già alla fine del XIX secolo si erano manifestati i limiti di spazio e attrezzature della struttura cittadina. All'inizio del Novecento la città contava 40.000 abitanti, e l'incremento della popolazione, con la conseguente domanda di nuove abitazioni, costituiva un elemento di stimolo per l'espansione urbana e la progettazione di nuovi edifici. Fu il lascito monetario e fondiario di una benefattrice che portò alla costruzione del nuovo nosocomio. L'ampio terreno pianeggiante lasciato all'Istituzione si estendeva ai piedi del rilievo del Baradello, tra la frazione di Camerlata e la chiesa di San Carpofo. Nel 1925 la commissione tecnica costituita allo scopo di studiare la riorganizzazione dell'ospedale, aveva scartato l'ipotesi di ristrutturare la vecchia sede cittadina, valutando favorevolmente l'area ricevuta in donazione. La progettazione fu affidata all'ingegnere bolognese Luigi Marcovigi, che firmava in quegli anni il nuovo ospedale di Mantova, con la consulenza dell'ingegnere Luigi Castelli e del professor Enrico Ronzoni, direttore dell'Ospedale Maggiore di Milano, per gli aspetti propriamente sanitari. La scelta progettuale si indirizzò verso un complesso a padiglioni elevati su due e tre piani, oltre al sotterraneo, con uno spazio centrale per i servizi sanitari comuni. Dal vecchio al nuovo



ospedale, il processo di modernizzazione rispondeva a un modello di concreta razionalizzazione e miglioramento delle condizioni di assistenza e cura, di igiene e salubrità, con particolare attenzione all'esposizione solare.

Il progetto prevedeva che ogni padiglione avesse a ogni piano un locale ampio destinato a soggiorno e refettorio, con ampie superfici vetrate comunicanti direttamente con i giardini al piano terra e con terrazze ai livelli superiori. L'impianto planimetrico si sviluppava a raggiera, impostato su un fulcro centrale attorno al quale sono distribuiti i padiglioni che costituivano il sistema, dodici edifici collegati mediante percorsi in parte coperti da una pensilina su pilastri.

Il palazzo dell'amministrazione era caratterizzato da un'architettura consona al ruolo di rappresentatività, con l'ingresso principale preceduto da un colonnato con terrazza superiore e gli uffici amministrativi, le sale di presidenza e di consiglio al primo piano. Ai lati, due edifici bassi attrezzati in origine con i servizi di accettazione e pronto soccorso, ambulatori di medicina e chirurgia. Sull'asse principale di orientamento dell'impianto era in origine innestata una grande fontana in forma di esedra, attorno alla quale salivano i percorsi diretti ai due blocchi principali. Centrale al sistema vi era la chiesa dedicata

alla Santa. Attestato all'edificio sacro era sviluppato su tre bracci il sistema di collegamento coperto, il più lungo dei quali diretto a monte, verso il padiglione dei servizi ospedalieri. Isolati dal nucleo principale vi erano, poi, variamente dislocati altri edifici, come, di notevole rilievo architettonico, il palazzo degli infettivi.

Alla metà del Novecento, l'ufficio tecnico del nosocomio elaborò una soluzione per sopraelevare di un piano i padiglioni. Già allora si parlava della possibilità di realizzare un nuovo nosocomio per far fronte alle necessità. Da qui nacque il progetto del monoblocco, dovuto all'architetto milanese Ettore Rossi, un edificio a T con facciata principale curvilinea, elevato

su nove piani fuori terra, collocato al centro del sistema a collegamento tra i reparti e i servizi generali. La realizzazione dell'edificio, avviato a costruzione nel 1965, ha non poco alterato l'impianto di Marcovigi, del quale si è persa la spina



centrale costituita dalla sequenza della fontana esedra, della chiesa, sostituita dalla nuova cappella interna, e dei percorsi coperti tra i padiglioni.

Nei decenni successivi vennero studiati altri ampliamenti: tra questi si ricorda negli anni Ottanta la realizzazione dell'ampliamento dello storico padiglione Grassi e negli anni Novanta il progetto per il padiglione per malati di AIDS mai realizzato.

Il progetto di riqualificazione

Nel corso degli anni non era mai stato fatto alcun piano di manutenzione, fatto che ha causato un importante stato di degrado sia delle strutture che degli impianti.

All'inizio degli anni Ottanta si è tornato a pensare a un nuovo ospedale. Il dibattito si è svolto intenso sull'opportunità di realizzare altrove una moderna struttura o, piuttosto, ristrutturare e ampliare l'esistente. Nel corso degli anni il confronto sul tema ha interessato ampia parte della comunità, coinvolgendo parti sociali, politiche e gli stessi operatori sanitari fino alla realizzazione del nuovo ospedale solo nell'anno 2006.

Già negli anni Novanta era stato chiesto un finanziamento di cento miliardi di lire, ex art. 20, per la realizzazione di una nuova

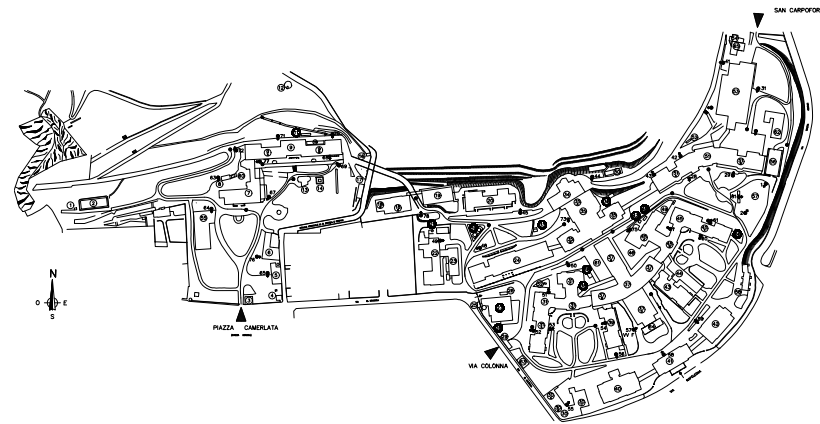
struttura alle porte di Como. Tale proposito non ebbe seguito e si provò a perseguire la strada della riqualificazione sia per le componenti edilizie che degli impianti. Il progetto "Osare" prevedeva la ristrutturazione di tutti gli edifici per renderli a norma di accreditamento, attuando i lavori su un arco di tempo di sedici anni, liberando e ruotando due reparti per volta per la collocazione dei pazienti.

Dei centoquaranta miliardi di lire, quaranta miliardi dovevano essere recuperati dall'alienazione del vecchio ospedale psichiatrico di Como e cento miliardi derivavano dal precedente finanziamento statale. Per il progetto preliminare, redatto dall'architetto Glauco Von Wunster, l'ospedale avrebbe dovuto spendere una somma di settantacinque miliardi di lire, mentre per l'ammodernamento degli impianti, che doveva essere completato in breve tempo in quanto aveva un'urgenza maggiore, venticinque miliardi. Di questi ultimi l'impresa portò a termine i lavori per una somma di settantacinque milioni di lire prima di fallire e fermare completamente i lavori. Al di là di questa problematica la Regione Lombardia trovava il progetto eccessivamente lungo, in quanto non si sarebbe riuscito ad accreditare il complesso ospedaliero entro il 2002, tempo allora stabilito dalla legge.

In ragione di ciò, il processo di riqualificazione fu arrestato e si cominciò a pensare di gestire il progetto di ristrutturazione della struttura, per ridurre le tempistiche, seguendo l'esempio dell'Ospedale Macchi di Varese. Si sarebbero dovute decentrare le attività sanitarie temporaneamente negli altri presidi dell'azienda ospedaliera intanto che venivano effettuate le opportune demolizioni e la costruzione di un nuovo monoblocco. Tale proposta presentava diverse criticità in quanto logisticamente non poteva esserne comprovata la fattibilità e inoltre ci si scontrava con le resistenze degli utenti a cui non sarebbe stato agevole raggiungere le strutture più decentrate.

Fallita anche questa ipotesi, si tornò a pensare alla costruzione di un nuovo ospedale. A livello economico la realizzazione venne attuata in Project Financing utilizzando sempre il vecchio finanziamento disposto negli anni Novanta dallo Stato. Nel frattempo il capitale si era eroso, sia in seguito al progetto di riqualificazione poi fallito, sia all'investimento attuato per l'acquisto di macchinari sanitari di rilevante urgenza.

Fu redatto un primo progetto, ma sorsero diverse discussioni sull'area più idonea su cui edificarlo. Il Comune era contrario allo spostamento della struttura in quanto questo avrebbe



Planimetria del complesso ospedaliero storico

comportato la perdita delle funzioni ospedaliere sul territorio. La Provincia, dal canto suo, privilegiava il trasferimento delle attività sanitarie nell'ex ospedale psichiatrico, per il quale, benché fosse passato sotto la gestione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna, aveva ancora titolo sulla proprietà. In realtà questa ipotesi risultava logisticamente infattibile perché l'ospedale si sarebbe trovato a soli pochi metri da un altro ospedale di grande rilevanza per Como, seppur privato: il Valduce. Infine

l'Azienda Ospedaliera avrebbe preferito che l'ospedale venisse spostato alle porte della città nella piana di Lazzate.

Il dibattito si risolse con l'accordo di localizzare il nuovo ospedale nei nuovi terreni di proprietà del Conte Rimoldi, in cambio di altri terreni di proprietà della Provincia, come era avvenuto quasi un secolo prima quando venne costruito lo storico Sant'Anna.

Così dopo lunghe e articolate vicende durate vent'anni, il progetto per il nuovo ospedale di Como fu affidato all'architetto Zeroli e alla società Bortolozzi Consulting, mentre la costruzione è iniziata nel novembre 2006 e si è conclusa nel 2009.

Mentre il vecchio ospedale accoglie la Asl comasca e gli ambulatori dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna, il Nuovo Ospedale di Como è stato situato nella zona pianeggiante che si estende tra l'autostrada e le pendici delle colline in località Tre Camini, tra i comuni di Como, San Fermo della Battaglia e Montano Lucino. Su di una superficie di oltre 76.000 mq si sviluppa il grande volume di matrice organica, con cinque piani di altezza, di cui due interrati, integrandosi completamente all'ambiente circostante. I piani interrati costituiscono la piastra principale mentre gli altri tre si sviluppano in cinque corpi, quattro



disposti a ventaglio e il quinto perpendicolare a essi, a pianta leggermente curvilinea. La forma della mano richiama alla memoria l'impronta del vecchio ospedale Sant'Anna in Como, già organizzato in più padiglioni collegati da un corpo distributivo centrale, quasi a voler rappresentare un segno di continuità fra passato, presente e futuro.

Il Nuovo Ospedale Sant'Anna si ispira ai criteri di una progettazione capace di rispondere al meglio alle esigenze sia degli operatori sia dei cittadini. In base a uno studio attento della

rete di relazioni che caratterizza una struttura sanitaria di tali dimensioni, si sono sviluppate le diverse funzioni su cinque piani così suddivisi: il livello dei servizi, il livello diagnosi e cura, il livello di accoglienza e i livelli delle degenze 1 e 2. Il livello di accoglienza è aperto alle grandi masse che accedono all'ospedale per momenti brevi e contiene, oltre alle funzioni sanitarie, anche quelle di servizio e intrattenimento: negozi, bar, spazi commerciali, asilo, Chiesa e centro didattico. Si pone nell'immediato come manifestazione della volontà di far sentire bene accolti, al momento in cui si varca la soglia di una struttura che, per definizione, è dedicata ad un'esperienza difficile qual è la perdita dello stato di benessere. L'accesso è caratterizzato da un'ampia hall a tripla altezza, completamente rivestita in legno e illuminata da una "nuvola" luminosa costituita da decine di tubi fluorescenti sospesi in ordine sparso. Da qui un sistema di percorsi razionali e di accorgimenti sia cromatici che luminosi aiutano il visitatore nell'orientamento. Realizzato nell'ambito di una vasta area naturalistica ma attentamente integrato nella stessa, il Nuovo Ospedale Sant'Anna offre ai degenti e ai visitatori la possibilità di godere appieno del landscape esterno, di fruirne liberamente tramite i collegamenti che permettono di uscire dalle degenze e passeggiare



lungo l'area verde che costeggia il torrente Valle Grande e di ritrovare lo stesso verde all'interno della struttura edilizia, nei grandi giardini pensili di cui quest'ultima è dotata. La buona integrazione del complesso con il paesaggio circostante è data anche dalle tinte chiare di facciata e del contrappunto, in vari toni di verde, dei vetri serigrafati e delle lamiere dei volumi impiantistici in copertura.

L'importanza del sito in cui sorge la struttura è testimoniata dai reperti archeologici portati alla luce nel corso degli scavi sull'area e che sono resi ben visibili dal piazzale sopraelevato antistante l'ingresso. Di questi si trovano una necropoli di età romana, con una ventina di tombe, e una struttura preistorica a impianto circolare del diametro di circa 70 metri, risalente all'Età del Ferro (IX sec. a. C.), o forse al Neolitico.

Infine l'ospedale è dotato di un impianto di cogenerazione alimentato a gas che garantisce la completa copertura del fabbisogno di energia elettrica richiesto dalla struttura; posto sopra la copertura del parcheggio, lontano dalle degenze per tutelare la quiete di tutto il complesso. Il calore generato dalla produzione di corrente viene utilizzato in inverno per l'impianto di riscaldamento e in estate per quello di condizionamento; lo stesso calore viene utilizzato inoltre per la

produzione di acqua calda per usi sanitari e per la produzione di vapore.

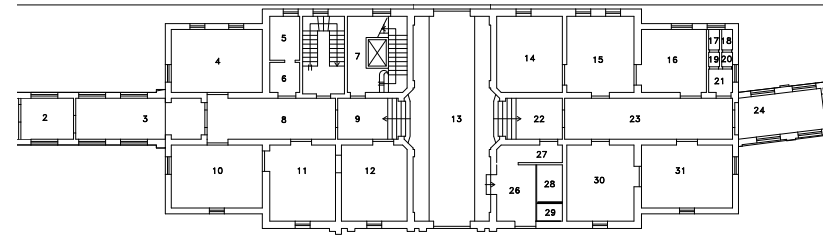
Per quanto riguarda il complesso storico, ne verrà cambiata la destinazione d'uso e verrà creata una cittadella sanitaria. Gli storici padiglioni degli anni Trenta prospicienti la strada, vincolati e difficilmente alienabili, e che fino a poco tempo fa erano adibiti alle degenze, verranno ceduti alla ASL, le cui attività sono ora distribuite in più edifici nel centro della città; mentre altri fabbricati, compreso molto probabilmente il monoblocco, accoglieranno i poliambulatori dell'Azienda Ospedaliera, in modo da rendere agevole per gli utenti usufruire delle prestazioni sanitarie di tipo ambulatoriale. In tal modo sarebbe possibile trasferire tutte le attività



sanitarie in un unico luogo e vendere i fabbricati situati nel centro di Como che sono maggiormente appetibili sul mercato immobiliare.

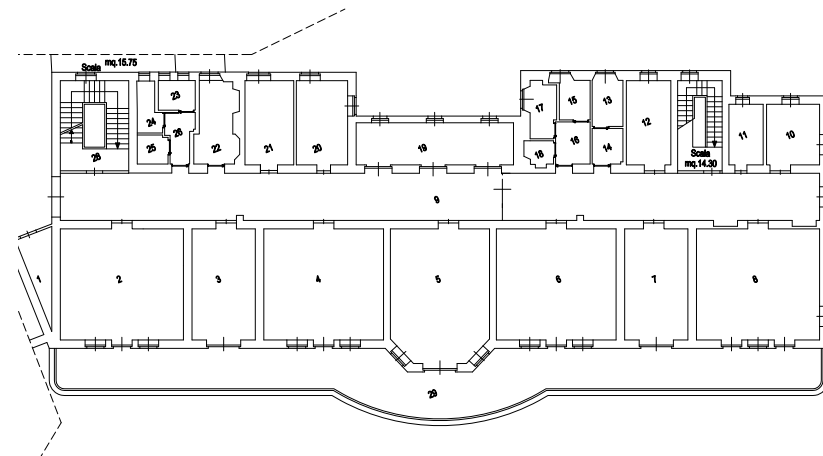
All'interno del vecchio complesso che copre un'area di 66.000 mq, i padiglioni non rifunzionalizzati a funzione sanitaria saranno o abbattuti, quando di scarso pregio architettonico, oppure alienati per recuperare risorse economiche in seguito alla costruzione del nuovo ospedale. Come sempre, il processo di alienazione risulta estremamente problematico sia a causa dello stato di conservazione degli immobili sia in ragione della congiuntura economica odierna, rendendo vano un possibile, nonché opportuno processo di valorizzazione.

La realizzazione del nuovo ospedale ha indubbiamente consentito di ovviare alle molteplici problematiche di natura sanitaria derivanti da una localizzazione non più adeguata, anche se in termini economici comporta un raddoppiamento delle spese di gestione. Ciò che maggiormente si riscontra è che il processo di rifunzionalizzazione e valorizzazione degli edifici storici risulta, come per la maggior parte dei casi, sempre rallentato e frammentario, pur avendo da subito messo in atto un piano di gestione del vecchio complesso coinvolgendo tutti gli attori del processo.



PIANO TERRENO

Pianta del padiglione di ingresso.



Pianta del padiglione storico di neurologia.

Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Fonti bibliografiche

AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia 2009

DANIELE BOLTRI, VIRGILIO ZEROLI (a cura di), *Como. Nuovo Ospedale Sant'Anna. La persona al centro del progetto*, Regione Lombardia

Infrastrutture Lombarde: www.ilspa.it

Fonti istituzionali

Ufficio Tecnico Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como

Illustrazioni

Fonti: Planimetrie, disegni tecnici: Ufficio Tecnico Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como;

AA.VV., L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda, Regione Lombardia 2009;

www.laprovinciadicomо.it

Foto 1_ Vista del padiglione Grassi realizzato negli anni Trenta nel complesso dell'ospedale storico Sant'Anna

Foto 2_ Vista di un padiglione storico progettato negli anni Trenta

Foto 3_ Il monoblocco con la piastra del pronto soccorso

Foto 4_ Planimetria del complesso ospedaliero storico

Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Illustrazioni

Foto 5_ Vista dell'ingresso del nuovo ospedale

Foto 6_ Vista interna dell'ingresso della nuova struttura ospedaliera

Foto 7_ Veduta dall'alto del nuovo complesso

Foto 8_ Pianta del piano terra del padiglione di ingresso degli anni Trenta ceduto alla ASL

Foto 9_ Pianta del piano secondo del padiglione storico di neurologia da alienare e non ancora rifunzionalizzato

SCHEDA 6

Ospedale Carlo Poma di Mantova

Data struttura originaria: 1925

Committente: Azienda Ospedaliera Carlo Poma

Progetto architettonico: Studio PDA Architects

Tipologia di intervento: Ristrutturazione e ampliamento

Localizzazione: Mantova, area periferica

Data di progettazione: 2009

Data fine lavori: Ultimi lavori di ristrutturazione: 2015

Superficie di intervento: 32.400 mq

Costo dell'intervento: 12.955.299

Vicende storiche

Tra le architetture che hanno fatto la storia della città, Mantova annovera il suo ospedale, in particolare quella parte dell'attuale ospedale che risale agli anni Venti. A questa si sono poi aggiunti per fasi successive ampliamenti e adeguamenti sino a determinare l'odierno ampio complesso intitolato a Carlo Poma che fa capo all'omonima Azienda Ospedaliera, costituita anche dalle strutture provinciali di Asola, Bozzolo, Pieve di Coirano.



Una vicenda plurisecolare, attraverso la quale si è svolta la storia della città. Già dal 1285 è documentata l'esistenza del consorzio di Santa Maria della Corneta, nato con finalità assistenziali e regolarizzato nel 1407 da uno statuto per volere del marchese Gonzaga. Questo consorzio venne poi fuso con altre istituzioni simili e riconosciuto nel 1449 con la bolla pontificia di papa Nicolò V. Con l'emissione della bolla pontificia, iniziò la costruzione dell'Ospedale Grande di San Leonardo all'interno del nucleo cittadino, in piazza Virgiliana, terminato all'inizio degli anni Settanta del Quattrocento. L'impianto progettuale, di gusto fiorentino, è attribuito ad Antonio Manetti e Luca Fancelli e la struttura si costituisce come il primo importante intervento a scala urbana dell'epoca rinacentista.

Per motivi militari l'Ospedale venne abbandonato nel 1797 e trasferito, prima presso i Francescani delle Grazie, poi, nel 1798, nel Monastero dei Serviti in San Barnaba in città, e infine, nel 1811 in Sant'Orsola, mentre la vecchia sede di San Leonardo divenne un ergastolo. Infatti il prosciugamento del Lago Pajolo, compiuto a metà del Settecento, restituì un'ampia zona per l'ampliamento urbano a sud della città. Con la fine della dominazione austriaca, Mantova poté dotarsi a partire

dal 1811 dell'ospedale insediato in via Pradella, poi corso Vittorio Emanuele. Il palazzo, restaurato a metà dell'Ottocento, costituiva una porzione del convento di Sant'Orsola, del cui antico impianto rimane ancora l'omonima chiesa. Questa sede ospedaliera copriva un'area di quasi 15.000 mq che, benché ampia, ben presto si rivelò inadeguata alla crescita della popolazione e alle esigenze che si andavano manifestando. Il complesso poco si prestava a riforme e ampliamenti e la scelta di indirizzare gli sviluppi verso un nuovo ospedale fu ritenuta opportuna.

A partire dal 1904 si avviò un'intensa discussione intorno alla scelta di una nuova sede che si tradusse nella produzione di molteplici progetti e studi. L'area fu così individuata lungo la direttrice di espansione sud-ovest della città, in località Borgo Pompilio, una delle zone più elevate sul bordo delle terre prosciugate dell'antico lago. L'area garantiva la necessaria distanza dal nucleo abitato per la costruzione di un insediamento che avrebbe dato ospitalità anche agli infetti, senza al contempo precludere le possibilità di mantenere buoni collegamenti e la possibilità di sviluppo urbano.

Il nuovo ospedale, realizzato tra il 1919 e il 1925, porta la firma di Giulio Marcovigi, ingegnere di Bologna, autore del

progetto iniziale e della successiva modifica, attuata con la collaborazione degli ingegneri Angelo Azzi, Alberto Cristofori e l'architetto Livio Provasoli Ghirardini.

Il modello ospedaliero, prevalente in quegli anni (lo stesso Marcovigi lo propone per l'Ospedale Sant'Anna di Como), è costituito da padiglioni dedicati a specifiche funzioni, opportunamente distribuiti secondo regole di assialità e gerarchia, collegati mediante percorsi opportunamente protetti. Orientato sull'asse sud-ovest/nord-est, l'impianto rivela la matrice a scala urbanistica, strettamente connessa al programma di espansione della città verso sud.

Nell'organizzare il sistema, l'ingegnere individua un asse principale di riferimento al quale sono innestati i collegamenti secondari, prevede slarghi e giardini, e un lunghissimo percorso pedonale coperto che, con le diramazioni ortogonali, le gallerie sotterranee e i passaggi sopraelevati, consente di raggiungere ogni padiglione. Tutto è organizzato con armonia di forme e proporzioni su una superficie di 12.000 mq, a fronte di 210.000 mq di terreni liberi di cui 80.000 sistemati a giardino.

L'originario complesso è costituito da dodici edifici: il palazzo d'ingresso, quattro padiglioni principali, due dedicati a



medicina generale, uno per la chirurgia, il quarto per ginecologia e maternità. Oltre il limite dell'ospedale propriamente detto si trova il Sanatorio Belfiore, oggi padiglioni Ravà Sforzi e D'Arco, una dipendenza dell'Ospedale, raggiungibile percorrendo un viale. Accanto a questi edifici vi era una casa colonica, dimora dei contadini impiegati nella conduzione dei terreni coltivati all'interno del perimetro dell'ospedale e destinati a future edificazioni.

Alla fine degli anni Sessanta venne avviato un piano operativo per un primo consistente ampliamento e ammodernamento della struttura ospedaliera, individuando nel centro della vasta area il sito del nuovo nucleo. Su progetto degli ingegneri Molinari e Pavesi, esso fu costituito da una serie di edifici alti, portati a compimento tra il 1975 e il 1994, attestati sull'allineamento principale del vecchio ospedale e sviluppato secondo un impianto ortogonale a esso con andamento prevalente nordovest/sud-est. Ciò di fatto ha determinato le linee di indirizzo per i futuri sviluppi, confermate dagli ultimi ampliamenti del fabbricato Polichirurgico.



Il progetto di riqualificazione

Al di fuori di questo primo ampliamento, fino agli anni Ottanta si è prevalentemente lavorato sui padiglioni storici. Negli ultimi decenni si è deciso di creare una nuova struttura all'interno del complesso che fungesse da nuovo polo in connessione a quello originario, in modo da poter ovviare alle esigenze sopraggiunte. Tale scelta è stata dettata dalle poche disponibilità economiche immediate e dalla mancanza di terreni disponibili, fattori che non hanno permesso la realizzazione di un complesso ospedaliero *ex-novo*. A sostegno di tale decisione, vi era anche la presenza di una vasta area verde ancora inutilizzata all'interno del complesso, che ben si presentava al nuovo nucleo di ampliamento da integrare con il vecchio. Contestualmente con la realizzazione di un padiglione per le malattie infettive, il progetto relativo è stato curato a partire dal 1994 dallo Studio Olbos. Con l'intervento è stata riproposta la direttrice di sviluppo del precedente ampliamento, e individuato un secondo ingresso che, per caratteri architettonici, spaziali e di funzionalità, è divenuto l'ingresso principale, in stretta relazione con la viabilità di circonvallazione e la città storica. Il nuovo monoblocco, elevato sino a sei piani fuori terra, è sviluppato attorno a un primo nucleo centrale, entrato in funzione nel



2003, arretrato e affacciato a un vasto piazzale, al quale si aggiunge un edificio in linea affiancato destinato alle degenze, portato a compimento nella primavera del 2006. Attualmente è prevista la realizzazione anche di un secondo edificio in linea, contrapposto e simmetrico a quello già realizzato.

Fallita l'idea di alienare la parte vecchia, si sono concentrati nei padiglioni storici vicini all'ingresso originario le attività amministrative e i poliambulatori, in modo da mantenere separati i flussi per la degenza, concentrata nel nuovo polo, e per gli utenti giornalieri. Così facendo, si riesce anche a sopperire alla carenza di ambulatori nella città di Mantova.

Il complesso del Poma continua a essere interessato da interventi di ammodernamento e in seguito all'ultimo ampliamento appena descritto, l'ospedale è tutt'ora interessato da lavori di ristrutturazione finalizzati all'accreditamento delle attività, iniziati nel maggio del 2010.

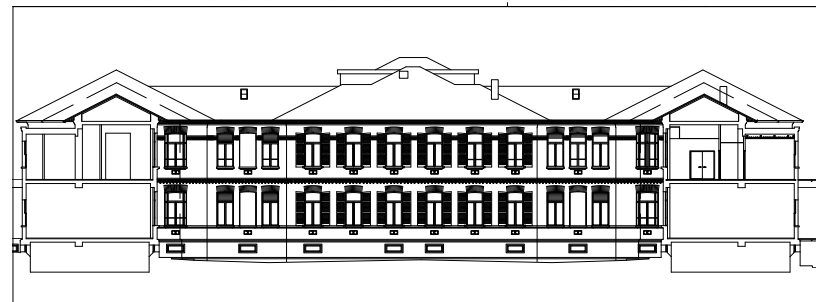
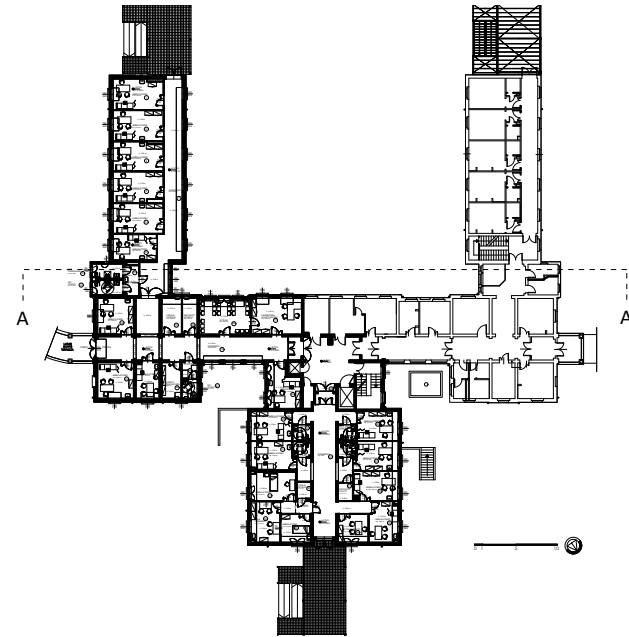
Il nuovo intervento amplia ulteriormente il nuovo polo che si è andato definendo dalla metà degli anni Novanta. Gli interventi prevedono la ristrutturazione del Comparto Operatorio con la realizzazione delle sale operatorie di day surgery e all'inserimento nell'attività delle nuove sale operatorie già realizzate in adiacenza all'attuale Comparto. Inoltre, sono

previsti il potenziamento del reparto di Rianimazione, la realizzazione di una nuova sala parto, la realizzazione di un gruppo di poliambulatori polispecialistici nell'ex Nido e il potenziamento delle unità operative di cardiologia, ortopedia e oculistica. Per quest'ultima, si è posta particolare attenzione al day surgery, dove si concentra prevalentemente l'attività. Il progetto di rivisitazione dei reparti di degenza prevede un'organizzazione con prevalenza di camere a uno e due posti letto, riducendo così il numero delle degenze a tre posti letto. Nonostante gli edifici risultino coerentemente inseriti nel contesto, grazie anche all'immagine architettonica improntata al mattone, giusta ripresa dei materiali di finitura tipicamente lombardi e, nel caso specifico, del vecchio ospedale, la riqualificazione per parti successive ha portato a una scarsa funzionalità di tutto l'impianto, caratterizzato da una caoticità di fondo che mette in luce poca organizzazione tra le parti e i percorsi. D'altra parte, l'inevitabile confronto con la struttura storica, che viene percepita come un vincolo, pone forti condizionamenti nella nuova progettazione per il necessario rispetto dei padiglioni storici e dell'impianto originario che determina le linee di sviluppo e l'organizzazione delle funzioni.

Non è, tra l'altro, mai stato attuato un vero e proprio progetto

di riqualificazione delle strutture storiche, se non per il solo padiglione di neurologia degli anni Trenta, trasformato in hospice e ristrutturato mantenendo solo l'involucro esterno in mattoni. Tale carenza comporta non pochi problemi, come per il vecchio padiglione di oculistica di difficile rifunzionalizzazione essendo stretto e alto, ma che sta diventando pericolante.

In un prossimo futuro non vi è l'idea di progettare un nuovo ospedale, ma l'attuale sede del complesso ospedaliero Poma, che pur rimane nodo di attività elettive per tutta la provincia, potrà funzionare ancora massimo per cinquant'anni, non essendoci più spazi e fabbricati rimasti liberi per nuovi ampliamenti.



Pianta piano secondo e sezione A-A' di uno dei quattro padiglioni storici di ingresso all'ospedale, ora sede delle attività amministrative e poliambulatoriali.

Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Fonti bibliografiche

AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia 2009

Infrastrutture Lombarde: www.ilspa.it

Fonti istituzionali

Ufficio Tecnico Azienda Ospedaliera Carlo Poma

Illustrazioni

Fonti: Planimetrie, disegni tecnici: Ufficio Tecnico Azienda Ospedaliera Carlo Poma

Foto 1_ Vista di uno dei padiglioni del complesso storico

Foto 2_ Percorso pedonale coperto di collegamento ai padiglioni

Foto 3_ L'ingresso del nuovo monoblocco

Foto 4_ Vista aerea dell'intera area dell'Ospedale Carlo Poma con individuati i nuclei storici e il nucleo recente

Foto 5_ Il padiglione di neurologia trasformato in hospice

Foto 6-7_ Pianta piano secondo e sezione di uno dei padiglioni del nucleo storico di ingresso al complesso, originariamente adibito a Medicina generale e ora sede delle attività amministrative e poliambulatoriali

SCHEDA 7

Ospedale E. Morelli di Sondalo

Data struttura originaria: 1932

Vincoli: vincolo architettonico intero complesso ospedaliero

Committente: AO della Valtellina e della Valchiavenna

Progetto architettonico: Studio Oddi Baglioni

Tipologia di intervento: Ristrutturazione

Localizzazione: Sondalo

Data di progettazione: 2009

Data fine lavori: 2013

Superficie di intervento: 16.700 mq

Costo dell'intervento: € 5.259.495

Vicende storiche

L'attuale complesso architettonico del Villaggio Morelli di Sondalo deve la sua origine all'intensa attività dell'Istituto di Previdenza Sociale, al quale il governo nazionale nel 1927 aveva affidato il compito di intervenire drasticamente contro la diffusione della tubercolosi e delle malattie respiratorie, incaricandolo anche della costruzione degli edifici ospedalieri necessari. Il progetto di edificare in alta Valtellina un imponente nosocomio fu la risultante di un lungo processo di studio medico-scientifico e della partecipazione di fattori economici, politici e sociali. Nei primi decenni del XX secolo, infatti, si radicarono anche in Italia le concezioni mediche per la cura della tubercolosi,



che vedeva nel clima montano fondamentali elementi per la cura e la guarigione della malattia. La Valtellina, tra l'altro, negli anni Trenta, era ancora una terra caratterizzata da un parco sviluppo industriale e dalla presenza di numerosi altri centri medici per l'assistenza sanitaria, che avevano indotto la popolazione autoctona a individuare nell'architettura ospedaliera elementi di sviluppo socio-economico. La costruzione del più grande sanatorio europeo, infatti, non fu percepito come pericolo dalla cittadinanza di Sondalo, ma come ulteriore possibilità di sviluppo e di elevazione professionale e sociale. Il grande bacino di utenza a cui avrebbe risposto la struttura, proveniente da tutta la Lombardia e da alcune località estere, ne giustificò oltremodo la costruzione.

L'incarico di progettare il nuovo complesso sanatoriale fu affidato nei primi anni Trenta a una équipe di tecnici diretti dal professor Eugenio Morelli, tra i maggiori esperti europei di malattie polmonari. I suoi consigli e i suoi studi furono il modello di riferimento per l'ufficio tecnico che si occupò fisicamente della progettazione architettonica e del disegno della costruzione nei minimi dettagli sotto la supervisione dell'ingegner Mattiangeli. Il suo operato, tuttavia, fu la diretta applicazione delle concezioni mediche di Morelli, il quale, per esempio, impose

anche la forma dei nuovi edifici.

Malgrado le numerose trasformazioni avvenute nel corso degli anni Cinquanta e Sessanta, il complesso architettonico di Sondalo appare ancora oggi nella sua integrità progettuale. Pensato inizialmente per ospitare circa 3.000 degenti, il villaggio sanatoriale fu edificato con otto padiglioni per ammalati di forme polmonari, un padiglione per malati soggetti a trattamenti chirurgici e da nove fabbricati eterogenei destinati ad accogliere gli alloggi di parte del personale, la chiesa e alcuni servizi fondamentali. Data la particolarità delle malattie da curare e la conformazione del terreno, la scelta obbligata per la forma architettonica fu quella dei padiglioni separati, collegati tra loro da una fitta rete viaria interna, con uno sviluppo complessivo di circa undici chilometri. I padiglioni, inoltre, potevano costituire delle unità sanitarie perfettamente autonome con servizi di diagnosi e di cura indipendenti.

L'idea progettuale spinse verso la creazione di un padiglione tipo di otto piani di altezza, capace di ospitare 300 posti letto. Al primo piano furono collocati i magazzini, la centrale termica e gli alloggi del personale di fatica, mentre al primo piano furono inseriti il soggiorno per i degenti, la piccola cappella privata del padiglione, il refettorio per gli ammalati e la cucina sussidiaria.



Al terzo piano si trovavano gli uffici di direzione, le sale per le visite e le cure mediche e i laboratori di analisi, mentre nei piani superiori si sviluppavano i differenti reparti di degenza.

Ogni aspetto fu attentamente studiato e dibattuto e persino il numero dei letti seguì attente logiche, legate a parametri economici e alla morale sanitaria allora in auge.

Dagli otto padiglioni tipo si discosta la struttura architettonica destinata ad accogliere la chirurgia, un edificio di sei piani in cui fu realizzato il reparto di isolamento infantile, il reparto

chirurgico e alcune sale ortopediche. Al primo piano del padiglione si trovavano la centrale termica, gli alloggi per il personale sanitario, le scuole destinate a ospitare i bambini malati ricoverati e un grande salone per la ricreazione. Il secondo e il terzo piano, invece, ospitavano le camerette senza verande destinate al ricovero degli adulti senza gravi patologie respiratorie, che potevano effettuare le loro cure elioterapiche direttamente sulla terrazza del padiglione. I due piani superiori accoglievano le stanze per i bambini che si affacciavano anche su una veranda continua, nella quale i pazienti potevano fare piccole passeggiate. Il sesto piano era composto dalle stanze per i degenti adulti con gravi patologie mediche, i cui ambienti di degenza erano dotati di ampie verande posteriori.

Per garantire efficienza al villaggio ospedaliero i progettisti avevano ideato un vasto edificio in cui condensare i servizi generali.

Nel 1939 il villaggio era concluso, ma lo scoppio della Seconda Guerra Mondiale impedì la sua immediata apertura. Durante la guerra furono effettuate a scopo militare alcune trasformazioni d'uso oltre al verificarsi di alcuni danni alle strutture in ragione di un bombardamento aereo da parte degli alleati.

Terminato il periodo bellico per la struttura sanatoriale iniziò

una nuova fase nel 1946 con la sistemazione di molti padiglioni, effettuando lavori che si conclusero nel 1949, quando si ebbe la completa apertura del complesso architettonico.

Nei decenni successivi il sanatorio acquistò sempre più la sua importanza nel panorama scientifico e medico europeo connesso alle cure polmonari, fino a costituirsi come centro di eccellenza della sanità lombarda.

Nata come la cittadella sanatoriale autosufficiente più grande d'Europa con una storia cantieristica senza uguali in ambito sanitario, oggi rappresenta un complesso monumentale vincolato dalla Belle Arti per il suo interesse architettonico di livello europeo, costituendosi ancora come presidio ospedaliero fondamentale nella rete sanitaria lombarda.

Il progetto di riqualificazione

Man mano che la cura sanatoriale della tubercolosi diventava meno necessaria, vennero dismessi quattro dei nove padiglioni del complesso. Di questi solo per un padiglione venne effettuato, negli anni Ottanta, un progetto di riqualificazione con l'intenzione di adibirlo a cura per malati di HIV, operazione che non fu mai eseguita. Per il resto furono solo realizzate

sporadiche ed estemporanee opere di manutenzione, come attualmente il rifacimento dell'impermeabilizzazione delle coperture, ma senza mai attuare un vero processo di riqualificazione di tali padiglioni.

La Regione Lombardia, invece, ha avviato una serie di interventi di ammodernamento per i cinque padiglioni ancora attivi. In particolare le opere più importanti riguardano il padiglione 4, sede dei servizi sanitari maggiormente rilevanti.



L'intervento interessa gli spazi interni e comprende la riqualificazione di due reparti e l'adeguamento antincendio della struttura attraverso la realizzazione di una nuova rete idrica antincendio, un impianto di rilevazione incendi e luci di emergenza, nuove zone filtro a prova di fumo e compartimentazioni e due nuove scale di emergenza esterne.

Inoltre, è prevista la ristrutturazione e l'accreditamento dei reparti di Ginecologia-Ostetricia, con il nuovo Blocco Parto collocato al primo piano seminterrato, e di Neurochirurgia posto al secondo piano seminterrato. Il progetto del nuovo reparto di Ginecologia-Ostetricia prevede una dotazione di 14 posti letto ordinari, un posto letto per Day Hospital e un posto letto per Day Surgery per un totale di 16 posti letto, che saranno così distribuiti.

Per il nuovo reparto di Neurochirurgia si prevedono invece 25 posti letto ordinari, un posto letto per Day Hospital e un posto letto per Day Surgery per un totale di 27 posti letto.

A livello impiantistico è prevista la realizzazione di un nuovo impianto di distribuzione dei gas medicali e di energia elettrica al fine di rispettare la nuova normativa di prevenzione incendi e i requisiti di accreditamento.

Il principio guida dell'intervento prevede la tutela del valore

intrinseco della struttura dell'edificio esistente, evitando qualsiasi intervento invasivo che potrebbe alterare la morfologia del padiglione vincolato normativamente. Le due scale esterne di emergenza sono state realizzate nella parte posteriore del padiglione dove, tra l'altro, vi è più spazio e disegnata in modo da riprendere i motivi delle ringhiere dei parapetti storici. E' stata mantenuta la struttura originaria, la pavimentazione a mattonelle è stata conservata e ricoperta con un rivestimento in pvc, i serramenti sono stati preservati con la sola inserzione di vetri termici. Le stesse pareti in legno e vetro storiche dei vani scala che si sarebbero dovute sostituire per realizzare la compartimentazione REI, sono state mantenute come paramento davanti alle pareti di compartimentazione.

Tali interventi uniti a quelli minori di ammodernamento attuati sugli altri padiglioni ancora attivi, creano continui cantieri che portano disagio anche per la ricorrente chiusura delle diverse aree con il relativo spostamento dei degenti. Lo scopo delle opere di riqualificazione rimane prevalentemente quello di adeguamento o tamponamento delle problematiche di deterioramento delle strutture che interferiscono con la pratica sanitaria, lasciando invece a interventi localizzati le opere di ristrutturazione delle componenti storico-architettoniche.

D'altra parte il presidio di Sondalo ha enormi costi di mantenimento in quanto si configura come una vera e propria cittadella sviluppata sul pendio della montagna su un'area molto vasta, con un sistema di strade e percorsi molto articolato e con ampie zone a verde che richiedono una costante manutenzione. Anche per quanto riguarda le infrastrutture a rete, il nucleo ospedaliero risulta indipendente gestendo in autonomia l'approvvigionamento dell'acqua. Basti pensare che gli interventi di ammodernamento che vengono effettuati da società esterne costituiscono un cambiamento epocale, come la sostituzione di tutte le caldaie in seguito al programma di riqualificazione energetica attuato con i presidi di Sondrio e



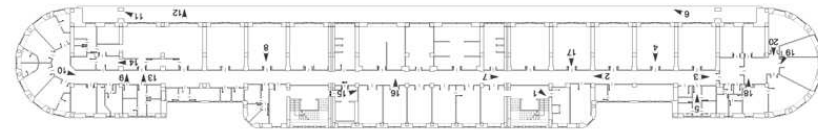
Chiavenna, in quanto vanno a soppiantare gli addetti alla manutenzione che per anni hanno lavorato all'interno della cittadella. Nonostante questo, la Regione Lombardia ha necessità di mantenerlo come presidio attivo in quanto gioca un ruolo fondamentale all'interno della rete sanitaria.

Storicamente, dopo il superamento della sua funzione di sanatorio, l'ospedale di Sondalo ha mantenuto un ruolo strategico e di eccellenza per alcune specialità mediche quali la neurochirurgia, l'urologia e l'ortopedia, con la presenza di importanti luminari della medicina che richiamavano utenti da ogni parte del paese; ancora adesso rimane il punto di riferimento per i traumi causati dall'attività sciistica, con pazienti provenienti anche dall'Austria, essendo il primo presidio con eliporto. In seguito allo spostamento di molti primari in altri ospedali la notorietà della struttura ospedaliera di Sondalo ha cominciato a scemare, risentendo notevolmente anche dell'importanza che viene conferita all'ospedale di Sondrio.

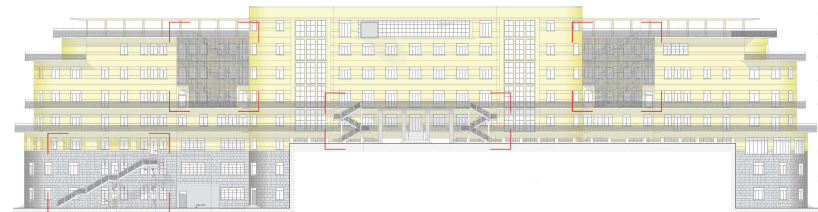
Ciò che continua a rendere il presidio di Sondalo ancora vitale per cui si cerca di mantenerlo costantemente in attività, non è solo la sua tradizione come nodo fondamentale della rete sanitaria ma anche la sua posizione strategica. La centralità che presenta il presidio è dovuto alla grande vastità della Valtellina,

per cui da alcune località, anche di interesse turistico, come Bormio, dove non esiste neanche il pronto soccorso, si sarebbe costretti a inviare i pazienti direttamente a Sondrio, dove tra l'altro solo da poco è stato realizzato un eliporto. Nella stessa zona di Sondalo, poi, è difficile reperire un'altra area adeguata dove potenzialmente costruire una nuova struttura ospedaliera, funzionale per l'allacciamento ai servizi a rete e facilmente raggiungibile, in un territorio collegato attualmente solo con la strada statale del Passo dello Stelvio, senza contare tutte le problematiche legate allo *start up* di una nuova struttura che implica la necessaria attività di sensibilizzazione di tutto il territorio.

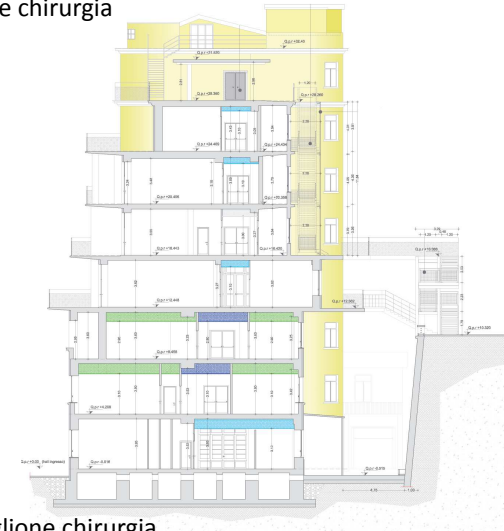
Per questi motivi l'ospedale Morelli di Sondalo continua a mantenere la sua storica attività sanitaria, attraverso la razionalizzazione delle attività ospedaliere che pian piano sono state centralizzate in alcuni padiglioni, eliminando il ripetersi delle medesime funzioni come accadeva nella vecchia organizzazione in cui ogni padiglione era indipendente. Si crea così una visione globale della cittadella, servita da un sistema efficiente di percorsi che si avvalgono dei cunicoli sotterranei del progetto originario e delle passerelle in quota realizzate negli anni Novanta dopo la dismissione della cabinovia avvenuta negli anni Settanta.



Pianta piano secondo ex-padiglione chirurgia



Prospetto nord ex-padiglione chirurgia



Sezione trasversale ex-padiglione chirurgia

Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Fonti bibliografiche

AA.VV., *L'architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda*, Regione Lombardia 2009

Infrastrutture Lombarde: www.ilsipa.it

Fonti istituzionali

Ufficio Tecnico Ospedale Eugenio Morelli di Sondalo

Dipartimento Sanità Infrastrutture Lombarde

Illustrazioni

Fonti: Infrastrutture Lombarde S.p.A.

Foto 1_ Vista di una parte dei padiglioni nel paesaggio

Foto 2_ Vista dall'alto del padiglione di chirurgia

Foto 3_ Vista del complesso terrazzato sulle pendici della montagna con i percorsi storici e le passerelle realizzate negli anni Novanta di collegamento tra i vari padiglioni

Foto 4_ Vista dall'alto del complesso con la strada statale di collegamento

Foto 5_ Pianta piano secondo, prospetto nord e sezione trasversale ex-padiglione chirurgia oggetto di intervento

SCHEDA 8

Ospedale Civile di Legnano

Data struttura originaria: 1901

Vincoli: vincolo architettonico padiglioni dei primi del Novecento

Committente: AO Ospedale Civile di Legnano

Progetto architettonico: Techint Consultants

Tipologia di intervento: Nuova costruzione

Localizzazione: Quartiere S.Paolo, periferia ovest di Legnano

Data di progettazione: 2003

Data fine lavori: 2010

Superficie di intervento: 81.000 mq

Costo dell'intervento: € 215.000.000

Vicende storiche

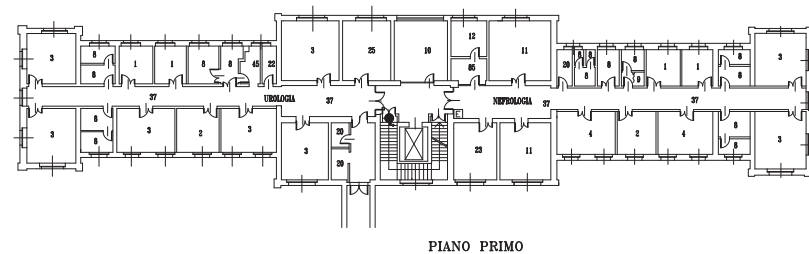
La prima struttura ospedaliera che sorse a Legnano fu istituita dal Governo del Ducato di Milano nel 1784 di fronte al dilagare nelle campagne del morbo della pellagra. Tale struttura insediata nell'ex monastero delle carmelitane di Santa Chiara fu successivamente soppresso nel 1788 per motivazioni economiche e politiche. Passò più di un secolo prima che il boom demografico, accompagnato dal notevole sviluppo dell'industria, portò in primo piano il problema delle malattie endemiche che colpivano prevalentemente le categorie più povere, mettendo in luce l'estrema necessità di istituire un nuovo nosocomio.



Fu proprio un gruppo di facoltosi industriali che finanziò e fondò nel 1901 il primo vero ospedale legnanese sopperendo alla mancanza di fondi dell'amministrazione comunale.

L'area sulla quale sorsero i fabbricati, cinque padiglioni più una palazzina per la direzione, era un vasto appezzamento di proprietà dell'Opera Pia Sant'Erasmo. Il progetto si inserì nel filone culturalmente d'avanguardia con singoli edifici costruiti in fasi successive, di cui il Galliera di Genova era stato nel 1888 il precursore. La direzione dei lavori fu affidata all'ingegnere Renato Cuttica, capo dell'ufficio tecnico del Comune di Legnano. Il primo padiglione costruito, in linea con le tendenze del tempo, ricordava morfologicamente, funzionalmente e per i concetti informativi, sia l'Ospedale Generale di Norimberga, antecedente, sia l'Ospedale Virchow di Berlino, contemporaneo.

Il fabbricato a tre piani è suddiviso in sotterraneo, pianterreno e superiore, avente una pianta costituita da cinque corpi distinti: quello centrale che conteneva i locali per direzione, ambulatori, sala operatoria, servizi e scalone; due corpi laterali contigui al centrale e in rientranza rispetto a questo, ciascuno con le infermerie, i servizi e i bagni; due corpi estremi, contenenti le verande per gli adolescenti.



Pianta piano primo del padiglione edificato nel 1901

L'edificio era stato pensato come un'architettura semplice e severa, rispondente alla sua destinazione, con muri di perimetro nei due piani fuori terra di mattoni lavorati e pietra a vista. La decorazione esterna è completata da contorni in cemento lavorato, applicati a tutte le ampie aperture di porta e finestre. Il sotterraneo, che conteneva tutti i servizi generali e tecnologici, era stato concepito per essere messo in comunicazione con i successivi fabbricati mediante gallerie. Da questa prima descrizione appare chiaro come il primo nucleo del nuovo ospedale fosse dotato di impianti e di attrezzature tecnologicamente avanzati per l'epoca.

Tra il 1908 e il 1910 la rinomanza di cui godeva l'Ospedale di Legnano fu tale che a esso affluivano ammalati anche da altre

località italiane, portando l'esiguo numero di posti letto a coprire l'alto numero di ammalati. Si avvertì subito quindi l'esigenza di costruire il secondo dei restanti quattro padiglioni programmati.

In seguito, nel 1918, si diffuse in molte località italiane una grave epidemia di febbre spagnola e l'Amministrazione dell'Ospedale si preoccupò di organizzare un eventuale piano di emergenza, risultando in tale situazione ancora insufficiente il numero dei posti letto. Fortunatamente i casi di epidemia a Legnano e nei Comuni vicini furono pochi, ma la situazione indusse gli amministratori ad affrettare l'ampliamento con la realizzazione di altri edifici, uno appunto per malattie infettive nel 1923, dove sorgeva il vecchio Lazzeretto, e uno di Pediatria. Nello stesso anno venne anche ultimato un edificio in stile Liberty già previsto nel progetto generale, destinato ai reparti di ostetricia, mentre nel 1927 giunse a compimento il padiglione Vignati, dal nome del benefattore che lo finanziò, per il ricovero di anziani inabili al lavoro. Infine, sempre nel 1927, venne inaugurato il terzo padiglione di degenza previsto nel progetto originario, gemello del primo e destinato alle specialità di chirurgia.

D'altra parte nel 1924 Legnano aveva ottenuto il titolo di città

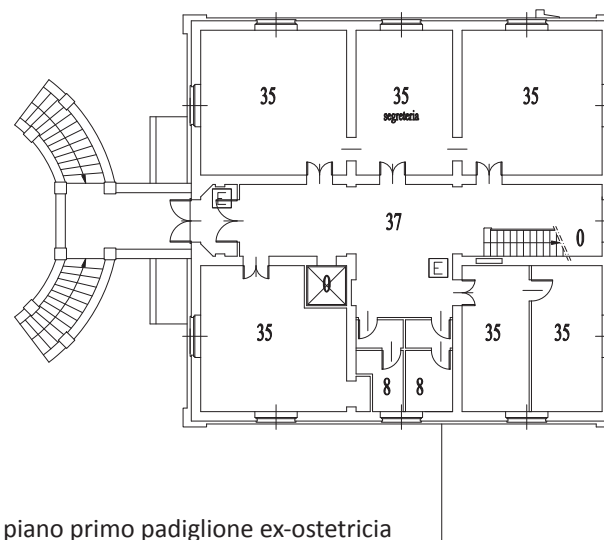


e questo evento diede impulso al proseguimento del piano di espansione dell'Ospedale, anche in vista di un decentramento con la costituzione di un circolo ospedaliero facente capo a Legnano, avvenuto nel 1926. In quell'anno infatti, all'Ospedale legnanese furono aggregati nove comuni, che di conseguenza rinunciarono a servirsi dell'Ospedale Maggiore di Milano, portando così a dover servire un bacino estremamente grande. In conseguenza di ciò il nosocomio dovette adeguare la sua organizzazione sanitaria e ampliare la gamma di interventi a ulteriori specialità.

A tal fine negli anni Trenta furono apportate radicali trasformazioni e creati nuovi reparti, come lo spostamento e l'ampliamento dei reparti di maternità, pediatria e malattie infettive, l'ammodernamento del primo padiglione adibito alle specialità mediche, l'apertura di un laboratorio per analisi microbiologiche, sierologiche e chimico-cliniche, la realizzazione di una casa di cura, la creazione di un gabinetto di Radiologia modernamente attrezzato, l'istituzione di un reparto ortopedico e traumatologico, e soprattutto la creazione di un Centro di cura dell'encefalite letargica e del parkinsonismo postencefalico.

Gli interventi di ampliamento e ammodernamento dell'Ospedale

si susseguirono anche per tutti gli anni Quaranta e Cinquanta, fatta eccezione per il periodo bellico, nel quale comunque il nosocomio non subì danneggiamenti o distruzioni. Di particolare rilevanza in questo periodo fu la realizzazione nel 1952 del padiglione Traumatologia e Infortunistica, progettato dagli architetti De Vecchi, Righini e Prandoni e seguito nel 1955 dal Centro di Rieducazione al lavoro dei minorati da infortunio. Il nuovo edificio ricopriva un'area di 1.800 mq con una superficie totale di 5.442 mq e divenne centro di riferimento di largo raggio fino alla provincia di Varese.



Pianta piano primo padiglione ex-ostetricia

Dopo mezzo secolo di attività il nosocomio, diventato con le ultime realizzazioni quasi una cittadella ospedaliera, raggiunse importanza a livello nazionale per efficienza, attrezzature sanitarie e completezza dei servizi, ma anche per l'entità dei ricoveri, grazie alla sua capacità ricettiva di seicento posti, distribuiti in sette padiglioni. In conseguenza di ciò l'Ospedale venne classificato nel 1960 dal Ministero della Sanità di prima categoria. Proprio gli anni Sessanta rappresentarono un periodo particolarmente fecondo per l'Ospedale di Legnano che puntò, da questo momento in poi, soprattutto sulla qualità, aprendo e ampliando nuove unità specialistiche, che lo portarono a livelli di assoluta avanguardia.

Tale sviluppo mise in primo piano la necessità di effettuare opere di ampliamento del nosocomio, sfruttando aree adiacenti al complesso esistente e portando l'ospedale a raggiungere la capienza di 1.200 posti letto contro i 700 disponibili. Con questi spazi più ampi a disposizione, venne dato l'incarico agli ingegneri Mario Santacatterina, Marcello Nicoli e Giancarlo Bianco, di progettare un monoblocco di sette piani a forma di croce di Lorena. Il nuovo blocco aveva la funzione di alleggerire i gravosi e non più disponibili impegni ricadenti sulla vecchia struttura, concentrando in una sola unità a

elevato livello di specializzazione e dotazione di strutture i principali servizi di diagnostica e ricovero per acuti. I lavori, che iniziarono nel 1967, procedettero per fasi successive e videro il totale completamento dell'opera solo nel 1991. L'ampliamento diede un notevole impulso allo sviluppo del nosocomio che, dichiarato Ospedale Generale Provinciale nel 1974, vide negli ultimi decenni fino agli anni Novanta l'istituirsi di importanti discipline specialistiche, come la Neurochirurgia, la Chirurgia Plastica, la Rianimazione, nonché lo svilupparsi di innovative tecnologie, come la Medicina nucleare, la TAC, la Risonanza magnetica, che posero l'ospedale di Legnano a livello dei maggiori nosocomi italiani.



Così, negli anni Novanta la cittadella ospedaliera insisteva su un'area di circa 72.000 mq con trenta edifici. Negli anni successivi gli interventi non si fermarono, prevedendo continui e massicci investimenti per completare e ampliare le diverse unità operative. A questo proposito, nel 2002 venne completato un intero padiglione per il dipartimento Materno-infantile e nello stesso anno il padiglione per le malattie infettive, in programma già dal decennio precedente sotto la spinta pressante dell'emergenza Aids.

I continui sviluppi e ammodernamenti hanno reso l'Ospedale di Legnano agli inizi del XXI secolo un importante polo sanitario, con un prezioso patrimonio storico-scientifico. Questo patrimonio, però, con alle spalle cento anni di attività, pur con continue ristrutturazioni, sentiva tuttavia il peso della sua concezione antica e inadeguata alle esigenze della moderna edilizia nel campo della sanità e tutti i limiti della situazione logistica attuale.

Il progetto di riqualificazione

La vecchia area ospedaliera si presentava, come si è visto, su di un'area di circa 72.000 mq con un nucleo di edifici a padiglioni dei primi del Novecento vincolati e adibiti a magazzino

o a funzioni amministrative e un monoblocco di più recente costruzione in cui si concentrava la maggior parte delle degenze, nonché i servizi di diagnosi e terapia. All'impianto originario sono stati aggiunti ampliamenti e nuovi edifici, intercalati da spazi verdi e viabilità interna, dettati dalla necessità di reperire di volta in volta nuovi spazi.

Il complesso ospedaliero ha dunque subito uno sviluppo strutturale analogo a quello di tanti ospedali che si sono progressivamente ampliati da un nucleo iniziale senza un programma edilizio veramente razionale, ottemperando esclusivamente alle esigenze del momento con le risorse disponibili. Il risultato di questo sviluppo è stato un organismo disomogeneo, con percorsi orizzontali non sempre chiari e percorsi verticali spesso carenti, che avevano reso impossibile operare una differenziazione dei percorsi tra degenti, personale, visitatori e materiale sporco e pulito, nonché a un'organizzazione degli spazi che vedeva necessariamente presenti in ciascun edificio più di una funzione, e viceversa ciascuna singola funzione distribuita in numerosi punti dell'insediamento. Inoltre il corpo di fabbrica triplo, generalmente utilizzato a eccezione di alcuni piani del Monoblocco, influenzava pesantemente il lay-out interno che risultava essere sempre attraversato da

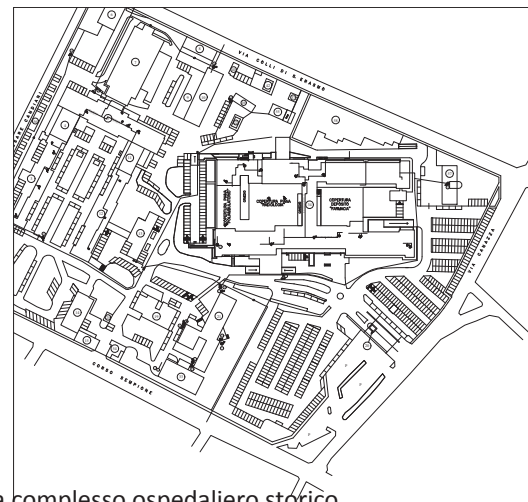
corridoi di circolazione generale, non consentendo di avere reparti “chiusi”. Questo schema distributivo, se pur accettabile per i reparti di degenza, risultava invalidante per la maggior parte dei servizi di diagnosi e cura, che non potevano sfruttare la totale profondità del corpo di fabbrica.

Inizialmente era stata presa in considerazione l'ipotesi di costruire un nuovo nucleo ospedaliero all'interno della stessa area, ma poi l'inadeguatezza degli impianti tecnologici, l'insufficienza della superficie a posto letto, gli edifici ormai datati, la difficoltà a ristrutturare, i costi consistenti e la difficoltà a ottenere un complesso efficiente, criticità a cui si è aggiunto l'impossibilità di reperire aree di espansione e l'annoso problema della mancanza di parcheggi, essendo la vecchia area ormai in piena zona residenziale, hanno rafforzato l'idea di progettare un nuovo ospedale. Tale scelta ha visto il prevalere delle esigenze sanitarie mentre il complesso di edifici storici è stato sentito come un vincolo per la potenziale ristrutturazione.

La scelta della nuova area per l'insediamento ha puntato verso la riqualificazione di un territorio al di fuori del reticolo urbano di bassa qualità e agricolo, con un'estensione di 200.000 mq, al di là della periferia ovest della città, nel quartiere S.Paolo, al

confine con il Comune di Villa Cortese e con il Parco Altomilanese. Tale area gode dunque di totale libertà da insediamenti e la parte a est destinata dal Piano Regolatore Generale a verde e parcheggi, con funzione di cuscinetto tra il nuovo ospedale e la zona residenziale in espansione, opportunamente trattata a parco, ha contribuito a creare una struttura ospedaliera quanto possibile immersa nel verde, sfruttando la collocazione esterna alla città.

I collegamenti con la rete viaria fondamentale sono garantiti attraverso i due assi stradali est-ovest, che rendono accessibile il nuovo ospedale dall'intero territorio legnanese urbano ed



Planimetria complesso ospedaliero storico

extraurbano, dallo svincolo autostradale della A8, così come dal nuovo asse sul fronte ovest, meglio conosciuto come “Sempione bis”.

Il nuovo ospedale ha una consistenza di 550 posti letto, sopperendo alla riduzione di circa 250 posti letto rispetto al vecchio nosocomio, all'interno di una struttura orientata alla cura degli acuti, a una chirurgia sempre meno invasiva, atta a ridurre i giorni di degenza e al potenziamento dell'area intensiva.

La superficie individuata per far fronte alle necessità degli anni a venire di Legnano e del suo territorio, è stata valutata in 70.000 mq coperti, suddivisa in cinque piani. L'Ospedale è caratterizzato da una struttura modulare; infatti i vari blocchi in cui si articola, componibili, autonomi e multifunzionali, sono stati concepiti in modo tale da favorire eventuali ampliamenti futuri e sono collegati con connessioni e sistemi di trasporto atti a consentire la massima interrelazione tra tutte le funzioni del complesso ospedaliero.

L'impianto si imposta intorno a un asse lineare portante, vera e propria “spina” di collegamento, nonché asse diagonale del sistema articolato di corti, mentre una diagonale secondaria ortogonale alla spina collega la Piastra direttamente al centro

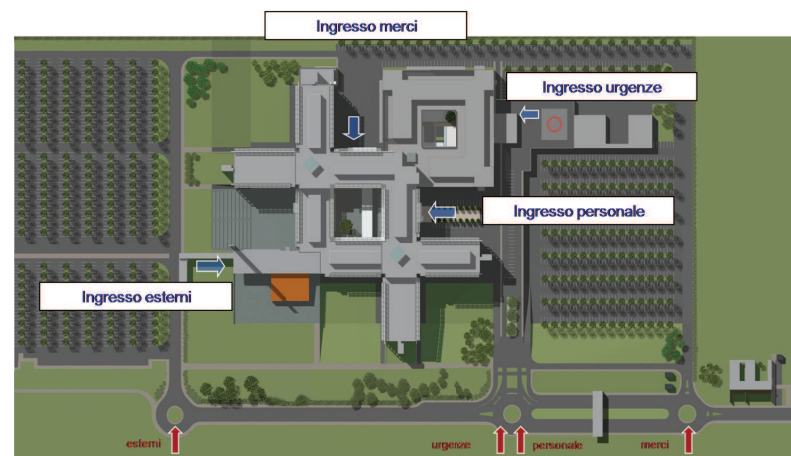


principale della struttura. La struttura, tecnologicamente avanzata ma allo stesso tempo accogliente, è formata da edifici bassi, corti e piazze che ricalcano il modello della cascina lombarda e definiscono un modello flessibile aperto a una crescita futura.

Da un punto di vista planivolumetrico, l'edificio risulta strutturato a monoblocchi con altezza massima di quattro piani e uno seminterrato che risulta, a tutti gli effetti, praticamente fuori terra, in quanto circondato da piazze esterne in quota. Questo sviluppo prevalente orizzontale, per i Servizi Diagnosi - Terapia e Servizi Generali, e verticale, ma contenuto, per le Degenze, consente il massimo sfruttamento di luce e areazione naturale delle corti e buone relazioni complanari e funzionali tra le aree di attività. In particolare la Piastra, organizzata in un blocco compatto, è attestata ai lembi della spina, lasciando libere le funzioni complesse (blocchi operatori, servizi diagnostici) dalle degenze e non permette commistioni impiantistiche fra le due funzioni.

L'impostazione strutturale, con la creazione di una griglia di base estendibile in ogni direzione, limita i vincoli strutturali e favorisce la compatibilità impiantistica nonché una possibile futura espansione in verticale dell'edificio.

La separazione dei percorsi costituisce uno degli obiettivi prioritari del progetto, puntando nel contempo a chiare indicazioni per l'utente. L'ingresso conduce direttamente al "cuore pubblico" dell'Ospedale, esso è ben riconoscibile sia dall'interno che dall'esterno. Individuato e oltrepassato l'ingresso, il primo grande atrio, centro di distribuzione dei percorsi, è il luogo della socialità: accanto ai servizi di accoglienza e accettazione, gran parte della superficie è occupata da attività di ristoro, commercio, informazione e cultura. Il piano seminterrato può essere visto come il piano delle merci e della loro movimentazione e dei servizi generali; nel piano terra sono state sistemate le aree direttamente



interrelate alle funzioni d'ingresso e di emergenza, le aree ambulatoriali e le aree di riabilitazione e prelievo, nonché le funzioni amministrative; al primo piano sono state predisposte le attività chirurgiche e ai piani secondo e terzo le degenze. Il sistema di collegamento a tutti i livelli evita il passaggio attraverso i reparti accentrando i flussi dei visitatori in gruppi separati di ascensori e assegnando elevatori distinti e dedicati al personale, ai degenti e alle merci.

Il presupposto di rendere l'ospedale un posto umano è stato perseguito attraverso il facile orientamento per gli utenti e attraverso l'integrazione consapevole degli elementi progettuali: spazi, viste, luce, arredi, materiali, colori, finiture, segnaletica e l'esposizione di oggetti artistici.

Il nuovo Ospedale di Legnano, che ha mantenuto le specialità presenti nel vecchio nosocomio, si costituisce all'interno della rete sanitaria lombarda come cittadella ospedaliera d'eccellenza e di riferimento per tutto il bacino che parte da Busto Arsizio, a cui si è avvicinata la nuova struttura, fino a Garbagnate e Gallarate, grazie alla alta specializzazione per acuti nei settori di neurochirurgia, neurologia, chirurgia vascolare e cardiologia, che si sono sviluppati nei decenni di storia. La grande criticità rimane la valorizzazione delle vecchie

strutture che dal 1903 hanno ospitato il nosocomio e per cui ancora non si è decisa la nuova funzione. Il Piano Regolatore prevede la conservazione degli edifici di particolare pregio e vincolati da adibire a funzioni direzionali con il mantenimento in luogo di alcune funzioni di carattere sanitario a scala locale. Per quanto riguarda invece il monoblocco e gli edifici annessi, che comprendono i due terzi del complesso ne è prevista l'alienazione e l'insediamento di funzioni residenziali e direzionali, con la realizzazione di nuovi volumi ed eventualmente anche con la presenza di funzioni universitarie o culturali.

La vendita degli immobili porterebbe a un introito di quindici milioni che sopperirebbero in parte ai costi di realizzazione della nuova struttura. Le problematiche sorgono nella difficoltà di vendita di tali immobili, in considerazione anche del fatto che in prevalenza per la parte storica risutano necessari interventi profondi di ristrutturazione. Di fatto l'area risulta ancora vuota e abbandonata, con possibili futuri gravi problemi sia di degrado, delle strutture e del contesto urbano, sia per l'indotto circostante.

Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Fonti bibliografiche

GIORGIO D'ILARIO (a cura di), *Ospedale di Legnano. Un secolo di storia. Origini, sviluppo, realtà attuale e prospettive future*, Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano 2003

FRANCESCO SANFILIPPO, "A Legnano un ospedale da 400 miliardi", in: *Corriere della sera*, 4 aprile 2001

CHRISTIAN SORMANI, "I negozianti del vecchio ospedale protestano", in: *Il giorno*, 21 ottobre 2011

"Legnano, strana eutanasia di un ospedale", in: *Polis Legnano*, 1 dicembre 2003, pp. 8-9

Studio di Fattibilità per l'Ospedale Civile di Legnano, Techint Engineering & Construction

Infrastrutture Lombarde: www.ilsipa.it

Fonti istituzionali

Ufficio Tecnico Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano

Dipartimento Sanità Techint Engineering & Construction

Illustrazioni

Fonti: Planimetrie, disegni tecnici: Ufficio Tecnico Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano;

GIORGIO D'ILARIO (a cura di), Ospedale di Legnano. Un secolo di storia. Origini, sviluppo, realtà attuale e prospettive future, Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano 2003

Bibliografia e descrizione delle illustrazioni

Illustrazioni

Foto 1_ Il primo padiglione edificato nel 1901

Foto 2_ Pianta piano primo del padiglione edificato nel 1901

Foto 3_ Particolare della scalinata in stile Liberty del padiglione storico sede dei reparti di ostetricia

Foto 4_ Pianta piano primo del padiglione del 1927 in stile Liberty destinato ai reparti di maternità

Foto 5_ Il monoblocco di sette piani

Foto 6_ Planimetria del complesso ospedaliero storico

Foto 7_ Vista del territorio di Legnano con l'area del vecchio ospedale nel cerchio rosso e il nuovo complesso nel cerchio verde

Foto 8_ Il sistema articolato di volumi a monoblocco, corti e piazze sistemate a verde

Foto 10_ Planimetria del nuovo complesso con la differenziazione degli ingressi