





linee guida per la contestualizzazione

5

esempi di applicazione
di applicazione

I contributi prodotti nell'ambito del Sottoprogetto per la Contestualizzazione della Ricerca si rivolgono prevalentemente agli amministratori regionali e locali (responsabili politici, estensori di bandi per la realizzazione di ospedali, responsabili degli uffici tecnici...) e ai progettisti chiamati a disegnare ospedali per acuti conformi ai principi indicati.


Sono stati organizzati in due parti:

- ✓ l'applicazione esemplificativa in forma di metaprogettazione di due ospedali decontestualizzati in due scenari differenti elaborata dal Sottoprogetto per la Progettazione, con approfondimento specifico dell'esempio di configurazione ottimale e con sviluppo delle piante anche in forma tridimensionale consultabili su CD  degli elaborati grafici di metaprogetto del Sottoprogetto per la Progettazione
- ✓ Uno strumento per la facilitazione dell'operatività  inteso come scheda di ausilio per la definizione del team di progetto e di un programma edilizio/funzionale di un Ospedale modello.

Il Sottoprogetto per la Contestualizzazione della Ricerca si poneva l'obiettivo di verificare insieme alle Regioni partecipanti la condivisione e l'applicabilità dei principi informatori e delle linee guida per la progettazione e la gestione e la fattibilità del modello ipotizzato nei diversi contesti regionali.

Le Regioni che hanno partecipato alla Ricerca con proprie Unità operative sono: Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Sicilia, Toscana, Umbria e Provincia Autonoma di Trento.

Le verifiche effettuate sul livello di condivisione e applicabilità dei principi e sul loro grado reciproco di importanza, pur non avendo ricevuto risposte complete da molti partecipanti, consentono di rilevare come esista un'ampia condivisione dei principi, una maggiore variabilità ma una costante positività nel giudizio di reale possibile applicabilità al contesto specifico, e una enfasi sull'umanizzazione e l'organizzazione per quanto riguarda i primi posti nella graduazione di importanza dei principi.

I risultati di questo lavoro di verifica sono riportati nel CD allegato.  Sono stati anche raccolti i dati descrittivi di ospedali già esistenti, operanti all'interno della specifiche realtà regionali, che più si avvicinano alle caratteristiche del modello teorico, raccolti in base alla scheda di rilevazione unificata elaborata.

Purtroppo in questo caso, nonostante ripetuti e autorevoli solleciti, le risposte sono state fornite solo da pochissime Regioni e i dati disponibili, pur molto interessanti, non hanno consentito le valutazioni statistiche che il sottoprogetto si proponeva.

È importante poi rilevare come molte Regioni abbiano già deciso di ispirarsi al nuovo modello o, quanto meno, di adottarne i principi:


- ✓ l'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia ha già deciso che i nuovi numerosi ospedali dei quali è prevista la realizzazione dovranno essere progettati e condotti sulla base dei principi già in parte esposti e sistematizzati in questa ricerca;
- ✓ nella Regione Friuli Venezia Giulia il nuovo Ospedale di Udine ha rielaborato profondamente il suo progetto di radicale riedificazione ed è in corso di realizzazione secondo i principi e i concetti del nuovo modello;
- ✓ il nuovo Ospedale di Gubbio e Gualdo Tadino si connota anch'esso, su decisione della Regione Umbria, per l'adesione piena al nuovo modello di Ospedale;
- ✓ la Regione Toscana ha lanciato una gara per la progettazione e la realizzazione contemporanea di 4 nuovi Ospedali (a Massa, Lucca, Pistoia e Prato) che devono anch'essi rispondere ai principi informatori del nuovo modello di Ospedale per acuti;
- ✓ la Regione Campania ha segnalato l'intenzione di aderire ai concetti del nuovo modello per la realizzazione del nuovo "Ospedale del Mare" vicino a Napoli;
- ✓ tutte le Regioni partecipanti al progetto e alcune tra le non partecipanti hanno dimostrato grande interesse per le linee guida della Ricerca, per poterle utilizzare adattandole, caso per caso, alle diverse realtà.

Alla luce di quanto sopra esposto si è ritenuto indispensabile realizzare una applicazione illustrativa del nuovo modello di Ospedale in due ipotesi dimensionali differenti.

La prima è la dimensione ottimale mentre la seconda è la minima compatibile con i costi di realizzazione e conduzione. Entrambe costituiscono un utile strumento di valutazione dell'applicabilità in contesti anche molto diversi.

_Un modello per due scenari

La revisione del metaprogetto architettonico redatto al termine della Commissione ministeriale (fino a una scala indicativamente individuabile in 1:500) è stato compiuto come applicazione esemplificativa in due scenari differenti: il primo, affine a quello del modello elaborato in sede di Commissione, rappresenta la dimensione ottimale di un ospedale per acuti ad alta specializzazione e assistenza ovvero il punto di ottimizzazione di due fattori: il numero e la tipologia delle prestazioni complessivamente erogabili e l'ottimizzazione dei flussi e delle distanze tra Aree Funzionali contigue (indicativamente di 450/600 posti letto); il secondo, rappresenta invece la soglia minima per garantire il funzionamento (indicativamente di 150/200 posti letto).

Per entrambi i modelli sono stati sviluppati i lay-out organizzativi per aree funzionali dei diversi livelli ed è stato messo a punto un planovolumetrico tridimensionale esemplificativo. 

_IL MODELLO BASE

Il modello è decontestualizzato anche se ipotizza una condizione ricorrente: la riconversione di una grande area industriale abbandonata in una periferia urbana. Una condizione frequente nelle nostre città proprio per ribadire che questo ospedale è uno di quegli elementi nodali che possono contribuire a rivitalizzare le periferie urbane dando forma a un'idea di assistenza sanitaria completamente nuova.

È un ospedale poli-specialistico per acuti con livello di assistenza medio-alta, organizzato in Dipartimenti con un bacino di riferimento di circa 250/300.000 abitanti. L'area ha un'estensione di circa 12 ettari e una buona accessibilità sia urbana (servizi pubblici, metropolitana e parcheggi) che territoriale (grande viabilità). Ha una dimensione di circa 76.000 mq di superficie lorda per attività sanitarie e 9.000 mq per attività collaterali, per un totale di 85.000 mq al netto delle centrali impiantistiche e del pacchetto di facciata.

Centralità della persona, umanizzazione ed efficienza organizzativa sono i punti cardine che hanno orientato la progettazione del modello. Il risultato è un "villaggio della salute"; un complesso molto compatto, immerso nel verde, a prevalente sviluppo orizzontale – programmaticamente di massimo quattro piani ovvero meno alto degli alberi d'alto fusto del parco circostante – organizzato intorno a grandi spazi verdi anche pensili.

Gli aspetti più innovativi del modello sono l'alta capacità di prestazioni con un elevato tasso di utilizzazione delle attrezzature a fronte di un'area di degenza piuttosto contenuta.

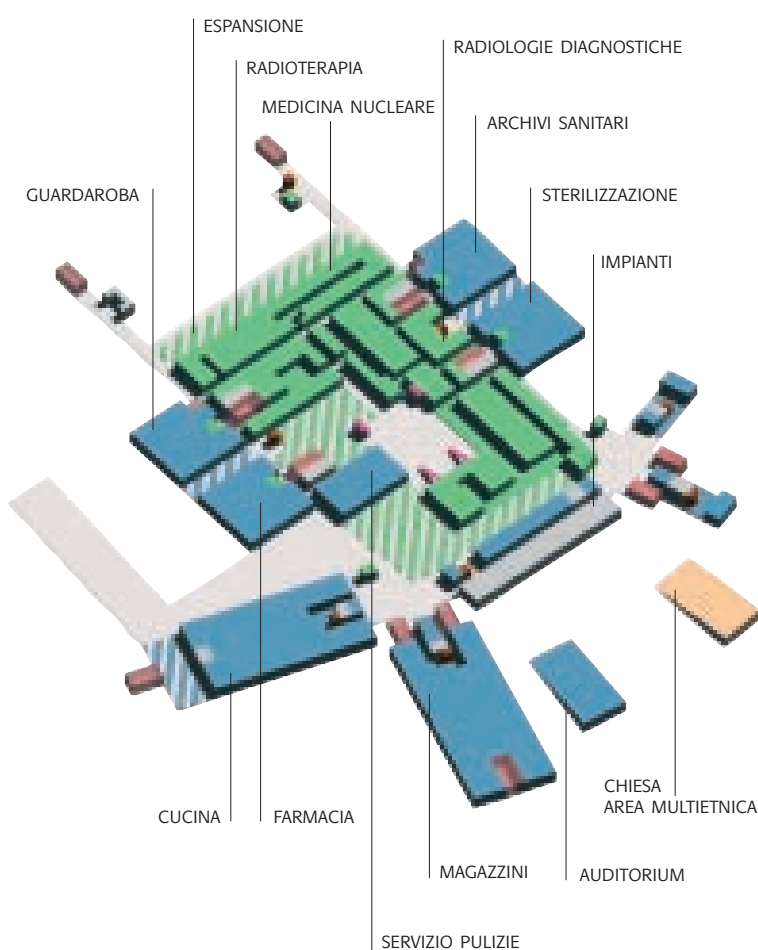
Un ospedale ricondotto alla sua funzione precipua di struttura specializzata ad alto contenuto tecnologico rivolta alla fase acuta della malattia, integrato in una rete di servizi sanitari – prevenzione, assistenza di base e "on line", diagnostica e terapia

specialistica, assistenza farmaceutica e domiciliare, riabilitazione, lungo degenza, alta specializzazione – che, interagendo, devono assicurarli una funzione di filtro e di garanzia dell'intero processo diagnostico-terapeutico.

Un ospedale non grande da 450/600 posti letto che è ritenuta la soglia massima oltre cui il modello entra in crisi: se ne servono di più se ne fanno due. Una degenza ridotta nella convinzione che le cure "di giorno" – degenza diurna medica, oncologica e chirurgica – assumeranno un ruolo sempre più centrale e che il tempo medio di degenza tenderà ad avvicinarsi agli standard nord-europei pari a 4,5/5.

Nella ricerca di un approccio più umanizzante il modello segue due orientamenti simmetrici: da un lato approda a un concetto di ergonomia estremamente pervasivo: dai luoghi, alle attrezzature, alle componenti d'arredo, dalle vibrazioni della luce, all'acustica, alla qualità tattile dei materiali; dai colori, ai tipi di finestra, agli arredi tec-

LIVELLO -1



Prevalgono le funzioni aperte all'esterno con due parti principali: i grandi servizi generali con l'accesso riservato alle merci e la baia di carico e scarico, l'area delle grandi apparecchiature radiologiche, in continua evoluzione, per diagnostica e terapia, vero ventre digitale e tecnologico del complesso. I servizi generali comprendono: i magazzini, la farmacia, il guardaroba centralizzato (posizionato al di sotto dello spogliatoio per il personale), la cucina, la sterilizzazione e gli archivi sanitari. Le aree di diagnosi e cura comprendono: Radioterapia, Medicina Nucleare, Diagnostica per Immagini. È il piano con il massimo livello di flessibilità interna e prevede almeno sei "spazi-polmone" di cui tre dedicati a Radioterapia e Medicina Nucleare e alla Diagnostica per Immagini (immediatamente raggiungibili dai pazienti ambulatoriali tramite scale mobili dall'atrio di ingresso sovrastante), per permettere ampliamenti e scorimenti tra queste che sono sicuramente tra le funzioni maggiormente suscettibili di trasformazioni anche nell'immediato futuro. Questo livello è collegato alla Centrale Tecnologica e all'isola ecologica con percorso coperto riservato.

nic; dall'altro porta la città fin dentro l'ospedale con tutti i suoi luoghi tipici: le piazze, la strada, i negozi, la chiesa, i bar e i ristoranti, le sale di riunione.

È la metafora altamente umanizzante della città dentro all'ospedale.

Da un punto di vista tipologico il modello si compone di tre corpi principali: un primo corpo ad "H", verso città ospita la parte alberghiera, le funzioni pubbliche e la degenza ospedaliera con l'atrio, vero cuore del sistema; un secondo corpo ospita invece la piastra ad alta tecnologia, mentre nel terzo corpo troviamo l'emergenza con accesso diretto e, ai piani superiori, la Degenza diurna chirurgica e le terapie intensive.

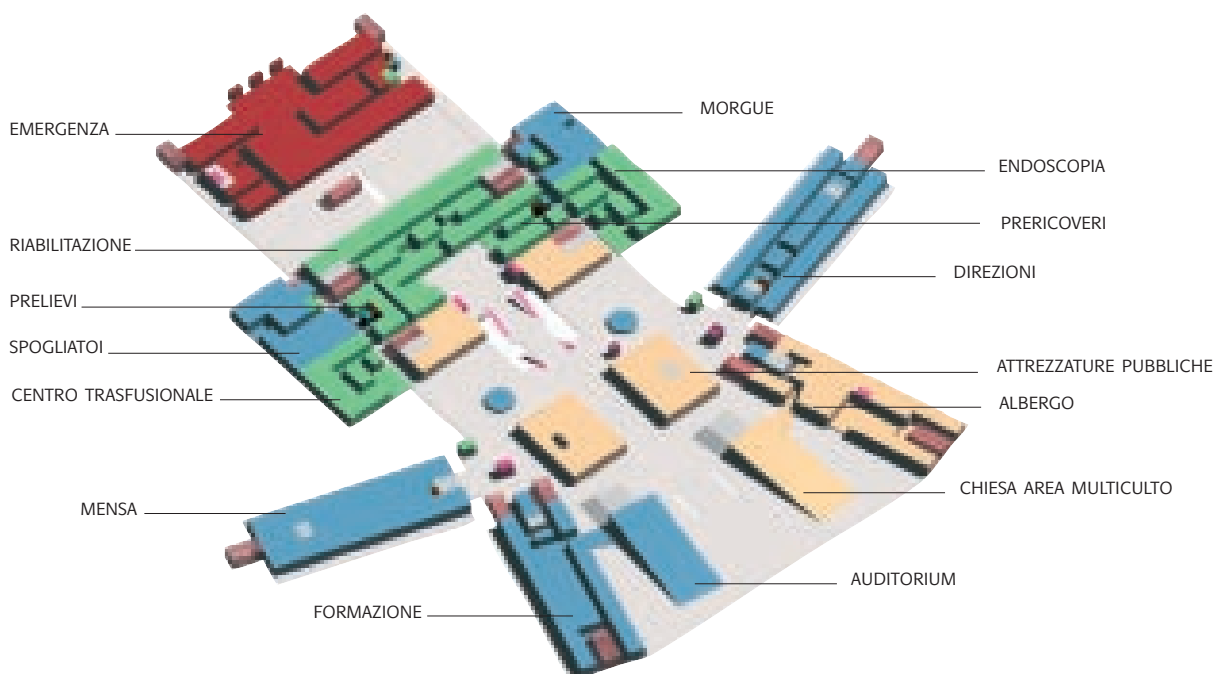
Da un punto di vista tecnologico l'ospedale modello è una specie di sandwich: quattro piani utili con sopra e sotto un piano tecnico di impianti e servizi.

Vediamo il funzionamento piano per piano.

PIANO TERRA

È il piano dell'accoglienza e dell'orientamento. Prevalgono le funzioni aperte all'esterno con una dorsale centrale di circolazione (la *main street*). Il cuore è il grande atrio su tre livelli che fa da cerniera tra le funzioni pubbliche: (shopping centre, auditorium, chiesa e spazio multiculto, ristorante, albergo...), le funzioni semi-pubbliche (formazione, didattica, mensa,

direzione e gestione...) e quelle sanitarie (centro trasfusionale, centro prelievi, Riabilitazione, Prericoveri, Endoscopia ed Emergenza nell'ultimo corpo di fabbrica, opposto all'ingresso principale). Completano il piano: il servizio mortuario, lo spogliatoio centralizzato con accesso autonomo per il personale.



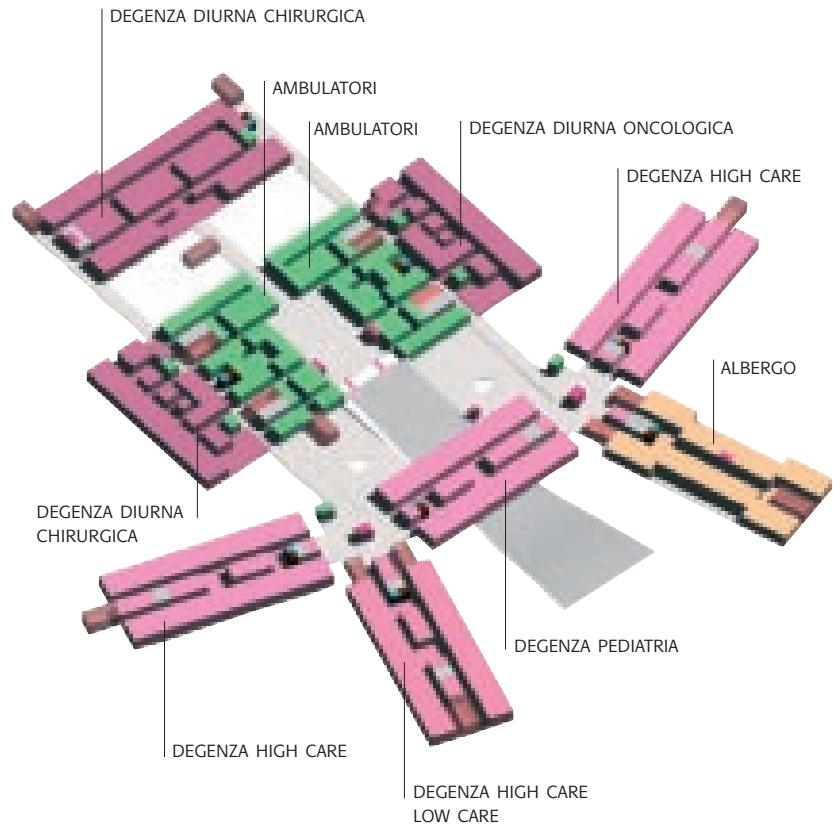
LIVELLO 1

È il piano dell'integrazione tra le funzioni aperte all'esterno e quelle interne. Ha un nucleo centrale di ambulatori composto da n. 55 ambulatori di cui 50% con illuminazione naturale e una corona esterna di degenza diurna a sottolineare lo sviluppo sempre più accelerato delle prestazioni "di giorno".

La corona esterna delle attrezzature di degenza diurna vede l'area chirurgica composta da 6 sale - degenza diurna chirurgica - nel corpo più esterno al di sopra dell'Emergenza e le due degenze diurne dell'area medica e dell'area oncologica nelle due ali laterali del corpo centrale.

Tutti i servizi di diagnosi e cura sono raggiungibili dai pazienti ambulatoriali dalla "main street" centrale.

I corpi verso la città accolgono la degenza ordinaria (*High Care, Low Care e Pediatrica*) e l'albergo-residence.

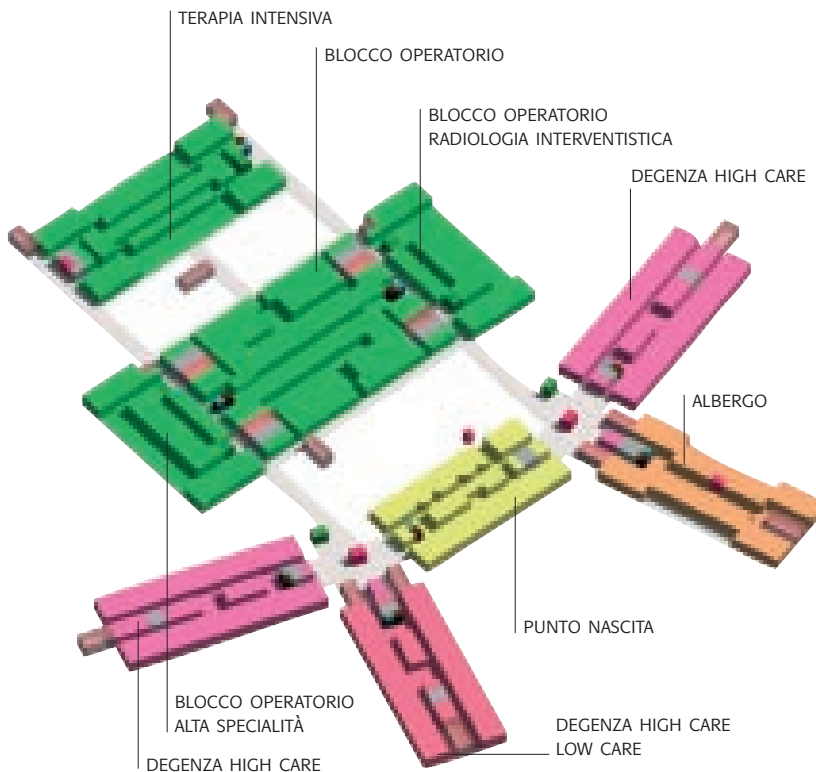


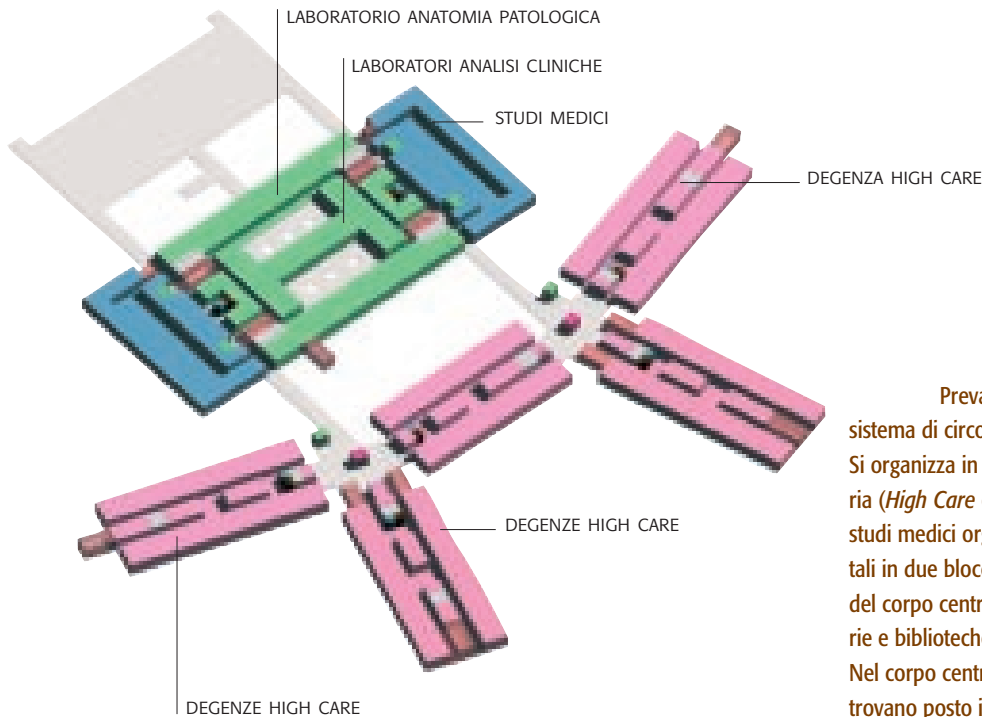
LIVELLO 2

È il piano delle funzioni terapeutiche più rilevanti. Il sistema di circolazione è anulare.

Si organizza in diversi settori: le degenze ordinaria (*High Care e Low Care*) e l'ospitalità alberghiera, verso la città; i blocchi operatori nel corpo centrale della piastra ad alta tecnologia e la terapia intensiva con due unità da 12 posti letto ciascuna nel terzo corpo sopra l'Emergenza, anche questo concepito a corpo quintuplo.

I blocchi operatori prevedono complessivamente 12 sale operatorie normali in due blocchi autonomi da 6, 4 sale per Alte Specialità, 4 sale per Radiologia Interventistica. Sono inoltre previste 4 stanze di travaglio-parto presso il punto nascita. A cavallo fra le aree di degenza e la piastra tecnica vi è infatti il "punto nascita" con un proprio accesso diretto dall'atrio che parte dal presupposto che la maternità non è una malattia bensì un momento familiare, intimo, garantito dalla sicurezza della struttura ospedaliera ma completamente ripensato in termini di umanizzazione.

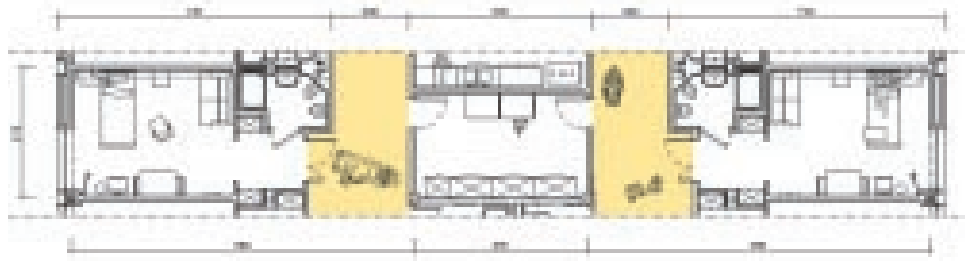




Prevalgono le funzioni interne con sistema di circolazione anulare.

Si organizza in due parti: le degenze ordinaria (*High Care* e *Low Care*) verso la città; gli studi medici organizzati per aree dipartimentali in due blocchi localizzati nelle ali laterali del corpo centrale con sale riunione, segreterie e biblioteche specializzate

Nel corpo centrale, sopra le sale chirurgiche trovano posto i laboratori di analisi cliniche e il laboratorio di anatomia patologica.

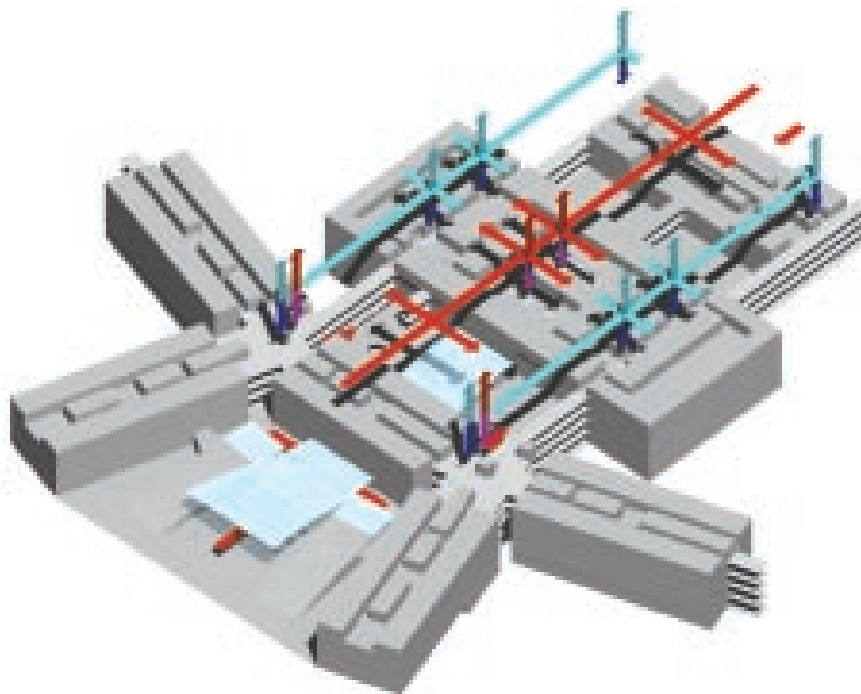


Tutte le degenze sono organizzate per aree dipartimentali e strutturate sulla base di moduli da 28 camere singole con letto per accompagnatore, dotate di impianto di climatizzazione, gas medicinali, bagno privato, telefono, interfono, televisione, rete informatica. Nell'ipotesi dell'utilizzo delle camere al 50% come singole e al 50% come doppie, le unità di degenza arrivano a ospitare un massimo di 42 pazienti, a eccezione del reparto di pediatria con 20 camere e il punto nascita con 14.

La soluzione tipologica adottata sia per la degenza ordinaria che per quella a bassa intensità di cura (*Low Care*) è quella del corpo quintuplo: camera-corridoio-servizi di supporto-corridoio-camera, in modo da consentire una grande flessibilità d'uso. È questa forse la maggiore differenza rispetto al modello elaborato dalla commissione ministeriale che prevedeva una soluzione tipologica differente per i due tipi di degenza rendendo così l'organizzazione molto più rigida e vincolata.

SCHEMA DEI FLUSSI

- Flussi dei servizi per l'utenza pubblica
- Flussi dei servizi sanitari e degenti interni

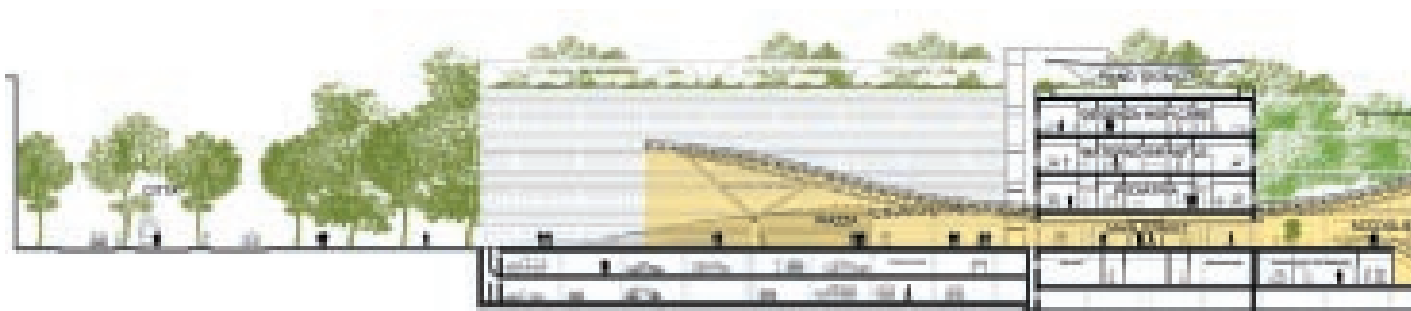


Come abbiamo visto per quanto concerne il sistema dei flussi prioritari – quelli che provengono dall'esterno e che, simbolicamente rappresentano il percorso del paziente e la sua nuova centralità e quelli interni che appartengono alla vera e propria macchina sanitaria – rispondono a due esigenze speculari: l'una centrifuga e ascendente, l'altra centripeta e discendente.

Avere stabilito questa gerarchia ordinatrice di grande scala ha semplificato anche l'organizzazione dei differenti flussi secondari e dei collegamenti orizzontali e verticali che discendono direttamente da questa logica superiore.

Tutte le funzioni pubbliche e semipubbliche, preminenti ai piani bassi, nascono da una dorsale centrale mentre le funzioni interne, strettamente sanitarie, via via più esclusive man mano che si sale verso l'alto derivano da un sistema di circolazione anulare.

La spina dorsale del sistema è la *main street* – "l'arteria principale" – una vera e propria strada urbana pedonale che attraversa l'ospedale da parte a parte per una lunghezza complessiva di 220 metri: con slarghi, piazze, ponti su patii verdi.



La piazza principale al centro della *main street* è l'atrio. Si sviluppa su tre livelli e dà accesso a tutte le funzioni principali. Come primo punto di contatto ospedale-paziente ha la funzione di assicurare, orientare, accogliere e indirizzare. Acquista i connotati della hall di un grande albergo con scale mobili e ascensori. Su di essa affacciano anche alcuni servizi accessori quali: gli ambienti per le associazioni di volontariato, il bar/caffetteria/ristorante, piccoli esercizi commerciali, il CUP.

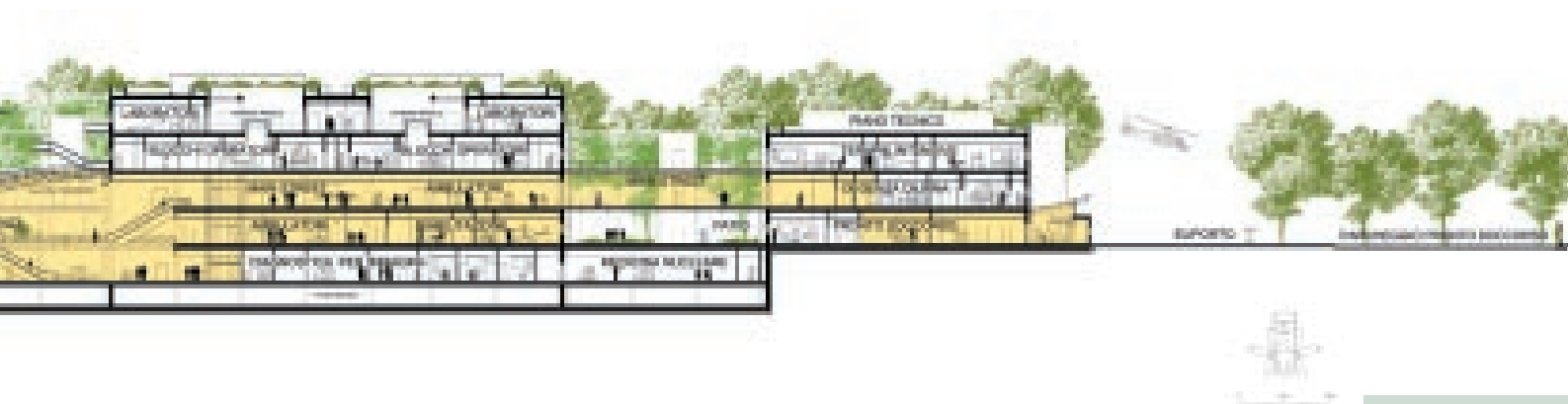
Lungo la *main street* un'altra piazza – più esterna e pubblica – coperta ma non climatizzata accoglie le funzioni aperte alla città: la chiesa, sportelli bancari, un ufficio postale, l'albergo, il ristorante.

È anche il luogo della formazione dove le strutture didattiche dell'ospedale – l'auditorium/teatro, le aule – diventano patrimonio del quartiere oltreché veicolo di educazione sanitaria anche per i cittadini.

I 76.250 mq di superficie, al netto del pacchetto di facciata e impianti, per attività sanitarie sono così articolati:

- 12.350 mq per servizi di diagnosi e cura pari al 16,2%;
 - 4.270 mq per la Degenza Diurna pari al 5,6%;
 - 7.160 mq per i Blocchi operatori pari al 9,4%;
 - 13.850 mq per servizi generali pari al 18,2%;
 - 2.110 mq per l'Emergenza pari al 2,8%;
 - 16.660 mq per Degenza (sia High Care che Low Care) pari al 21,8%;
- la distribuzione orizzontale, collegamenti verticali e cavedi hanno una superficie di 18.600 mq pari al 24,4%.

Il modello in questa ipotesi ha una capacità di 446 posti letto di degenza: 338 posti letto di degenza ordinaria (226 *High Care* e 112 *Low Care*) in camera singola; 74 posti di degenza diurna medica, oncologica e chirurgica; 24 di terapie intensive e 10 per ricoveri brevi in dipartimento di emergenza; i posti letto di degenza sono portabili a 605 ipotizzando un utilizzo delle camere di degenza ordinaria al 50% come singole e al 50% come doppie e quindi 497 posti letto di degenza ordinaria (329 *High Care* e 168 *Low Care*), 74 posti letto di degenza diurna, 24 di terapie intensive e 10 per ricoveri brevi di osservazione o stabilizzazione nel dipartimento di emergenza. A questi si aggiungono numerosi letti tecnici (ad es. letti di stabilizzazione e osservazione del Dipartimento Emergenza-Urgenza, letti nella preparazione e risveglio e osservazione delle sale operatorie, nella radiologia interventistica, in endoscopia, ecc.).



IL MODELLO DI SOGLIA MINIMA

Il modello definito “di soglia minima”, è anch’esso decontestualizzato pur ipotizzando un’altra condizione ricorrente nel paese: l’accorpamento di più strutture esistenti in un unico presidio ospedaliero nuovo al servizio di un territorio a urbanizzazione diffusa.

È un ospedale poli-specialistico per acuti con livello di assistenza media, organizzato in Dipartimenti con un bacino di riferimento di circa 80/100.000 abitanti. L’area ha un’estensione di circa 8 ettari e una buona accessibilità territoriale (grande viabilità, viabilità extra-urbana, servizi pubblici, parcheggi). Ha una dimensione di circa 20.860 mq di superficie lorda per attività sanitarie e 300 mq per attività collaterali.

Più piccolo del precedente, questo ospedale, da circa 150/200 posti letto di degenza è previsto per un bacino d’utenza meno numeroso e più distribuito sul territorio.

La struttura ospedaliera occupa la parte centrale dell’area ed è costituita da una sequenza molto compatta di gradoni che vede, in successione da monte verso valle, quattro blocchi di tre piani: il corpo delle degenze, un elemento di cerniera; un secondo corpo centrale e un terzo corpo – la vera e propria piastra tecnica – con due ali laterali autonome.

L’edificio è concepito come una struttura a prevalente sviluppo orizzontale, di altezza contenuta (sempre massimo tre piani fuori terra), fortemente integrata nel paesaggio.

La leggera pendenza del terreno ipotizzata consente di realizzare un andamento a gradoni “verdi” che, grazie ai tetti-giardino e ai patii interni piantumati con essenze aromatiche (salvia, rosmarino, origano, lavanda ecc.), evoca l’immagine dei giardini pensili e bene si integra nel contesto ambientale.

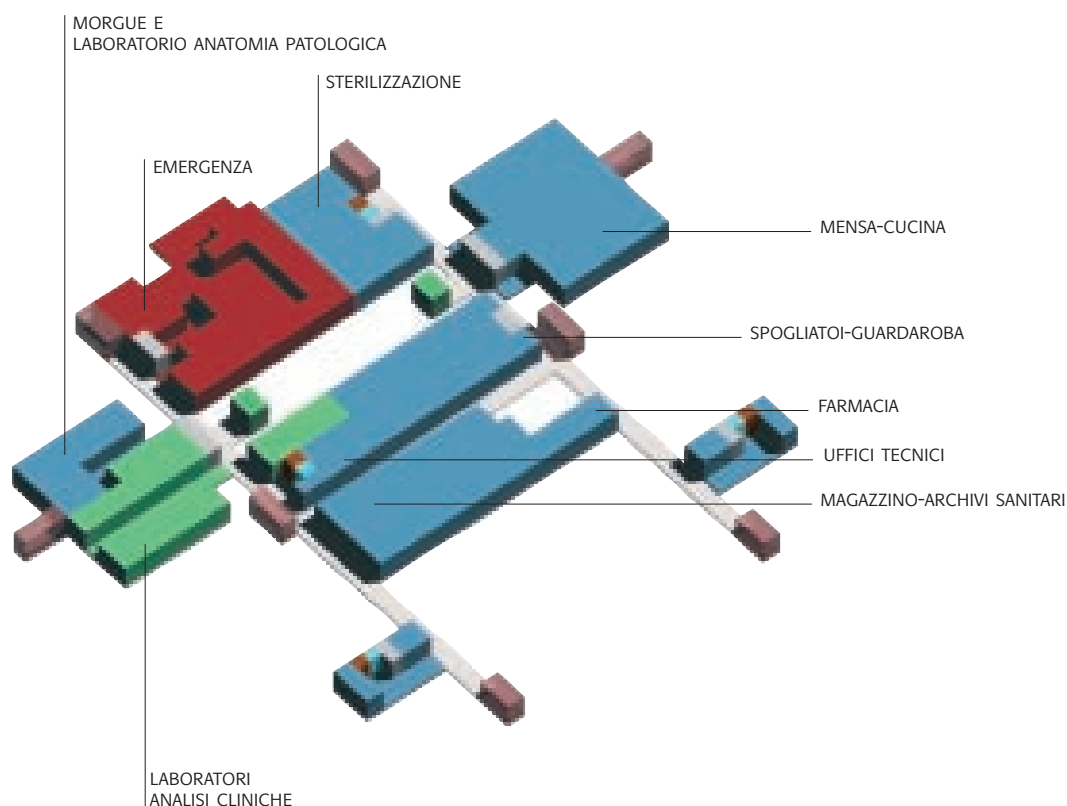
L’edificio a gradoni è posizionato nel senso della massima pendenza del terreno e, insieme alle sistemazioni esterne (aree a parcheggio e verde) è progettato in modo da mitigarne l’impatto volumetrico.

PIANO INTERRATO

È sostanzialmente un piano tecnico, totalmente interrato, che oltre a ospitare parte degli impianti è il piano della distribuzione impiantistica. A questo piano – collegato con cunicolo all’isola ecologica – arriva il materiale sporco da tutti i reparti.

Anche qui la piazza principale al centro della *main street* è l'atrio e si sviluppa su tre livelli dando accesso a tutte le funzioni principali. Su di essa affacciano anche alcuni servizi accessori quali: la chiesa, gli ambienti per le associazioni di volontariato, il bar/caffetteria/ristorante, piccoli esercizi commerciali, l'asilo nido, il bancomat, un ufficio postale, il Centro Prenotazione e gli spazi della formazione, l'auditorium/teatro e le aule.

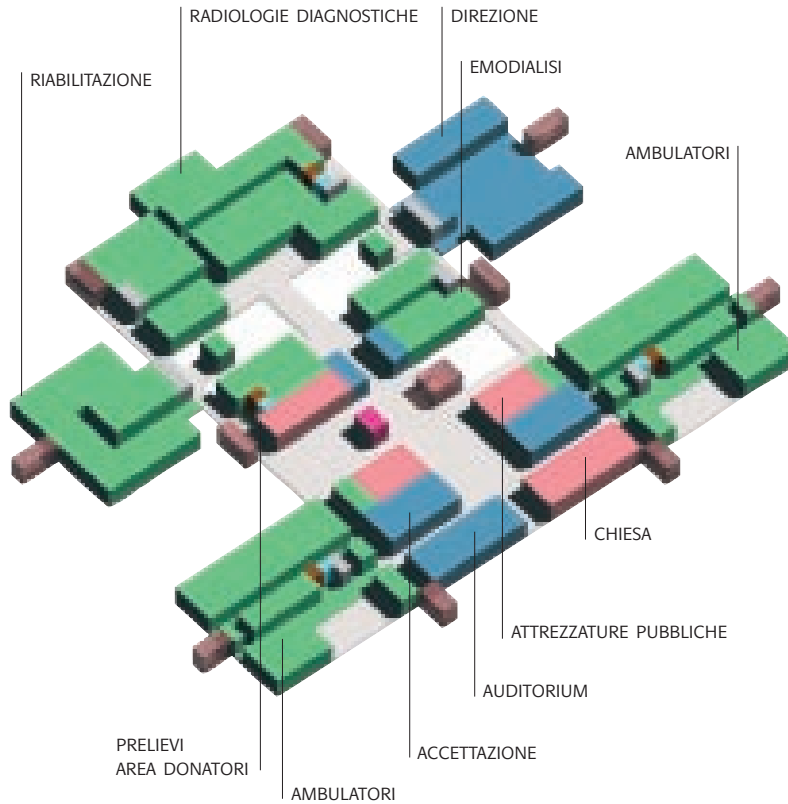
Vediamo il funzionamento piano per piano.



È il piano dei servizi, prevalgono le funzioni aperte all'esterno con tre parti principali: servizi generali con l'accesso riservato alle merci e la baia di carico e scarico, la morgue e l'emergenza. I servizi generali comprendono: i magazzini, la farmacia, il guardaroba e lo spogliatoio centralizzato (in corrispondenza all'accesso

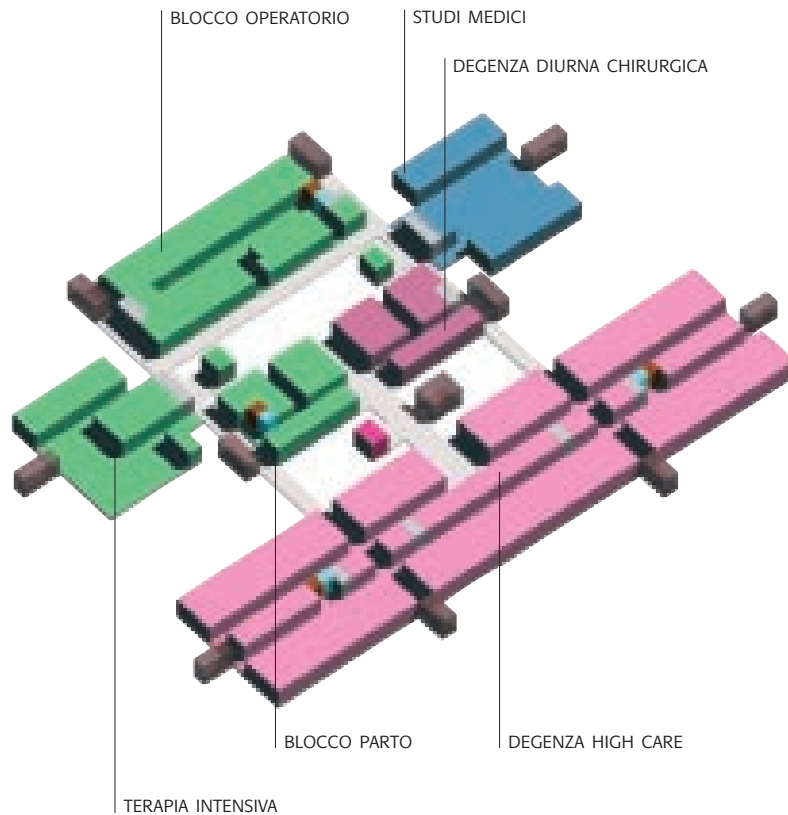
riservato al personale), la cucina, la mensa per il personale, la sterilizzazione e gli archivi sanitari. Le aree di diagnosi e cura si limitano ai laboratori di analisi cliniche e a quelli di anatomia patologica in stretto contatto con i servizi mortuari. A questo livello si colloca l'emergenza collegata al resto della struttura da montalettighe dedicate.

LIVELLO 0

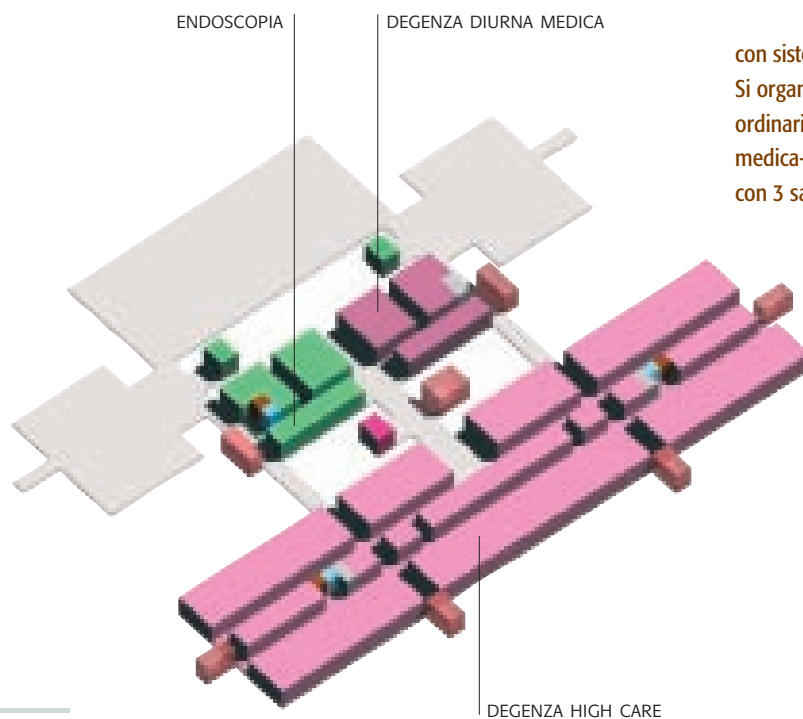


È il piano dell'accoglienza e dell'orientamento e della integrazione tra le funzioni aperte all'esterno e quelle interne. Prevalgono le funzioni aperte all'esterno con una dorsale centrale di circolazione (la *main street*). Il cuore è il grande atrio su tre livelli che fa da cerniera tra le funzioni pubbliche: (negozi, auditorium, spazio multi-culto, bar...), le funzioni semi-pubbliche (accettazione, direzione e gestione...) e quelle sanitarie (centro prelievi, Riabilitazione, Prericoveri, Diagnostica per Immagini (sovvrastante l'Emergenza) e ambulatori).

LIVELLO 1



Prevalgono le funzioni interne con sistema di circolazione anulare; è il piano delle funzioni terapeutiche più rilevanti. Il sistema di circolazione è anulare. Si organizza in diversi settori: le degenze ordinarie (*High Care*); il blocco operatorio nel corpo della Emergenza e blocco parto e degenza diurna chirurgica – con 20 pl – nel centro della piastra ad alta tecnologia; al piano si collocano la terapia intensiva con 10 posti letto e studi medici. Il blocco operatorio prevede 5 sale operatorie di cui 1 per Alte Specialità. Sono inoltre previste 2 stanze di travaglio-parto presso il blocco parto.



Prevalgono le funzioni interne con sistema di circolazione anulare. Si organizza in due parti: le degenze ordinaria (*High Care*); la degenza diurna medica-oncologica – 18 pl – e la Endoscopia con 3 sale endoscopiche.

Il modello di soglia minima nell'esempio proposto ha una capacità di 148 posti letto di degenza: 100 posti letto di degenza ordinaria in camera singola; 38 posti letto di degenze diurne medico-oncologiche e chirurgiche; 10 pl in terapia intensiva. I letti di degenza sono portabili a 198 ipotizzando un utilizzo delle camere al 50% come singole con accompagnatore e al 50% come doppie, e quindi risultano 150 posti letto di degenza ordinaria, 38 posti letto di degenza diurna 10 letti di terapia intensiva.

Date le dimensioni ridotte non sono previste differenze tra degenza *High Care* e *Low Care*.

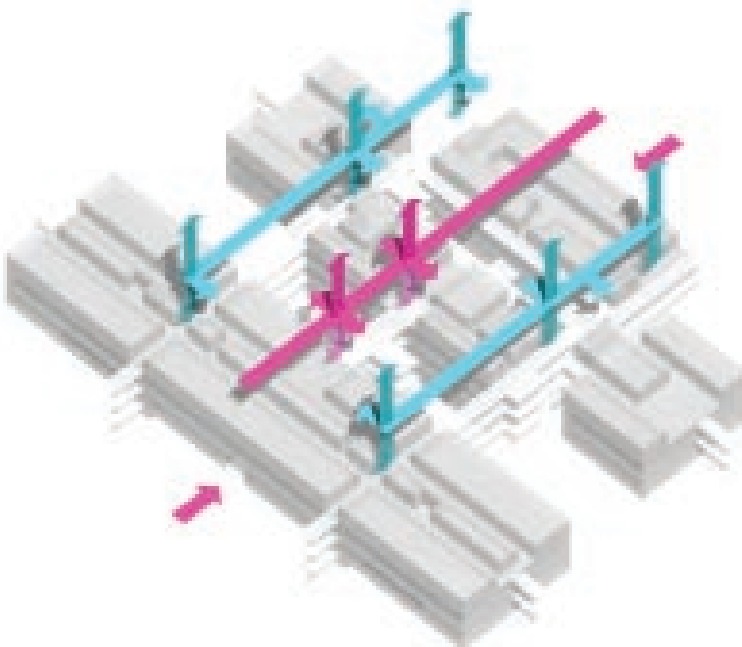
Sono inoltre previsti posti letto tecnici di rianimazione e oltre ai 6 di osservazione prolungata (ma non di degenza breve) nel Dipartimento Emergenza-Urgenza e 2 postazioni per l'emergenza, letti in preparazione, risveglio e osservazione delle sale operatorie, nella radiologia interventistica, in endoscopia, ecc.

L'Ospedale è dotato inoltre di 34 ambulatori, 5 sale operatorie, RNM, TAC, 3/4 sale di radiodiagnostica, 2/3 per ecografia, 1 per angiografia e emodinamica, 3 sale endoscopiche.

Tutte le degenze sono organizzate per aree dipartimentali e strutturate sulla base di moduli da 23 camere singole con letto per accompagnatore, dotate di impianto di climatizzazione, gas medicinali, bagno privato, telefono, interfono, televisione, rete informatica. Nell'ipotesi dell'utilizzo delle camere al 50% come singole e al 50% come doppie, le unità di degenza arrivano a ospitare un massimo di 34/35 pazienti.

SCHEMA DEI FLUSSI

- Flussi dei servizi per l'utenza pubblica
- Flussi dei servizi sanitari e degenti interni



Come abbiamo visto per quanto concerne il sistema dei flussi prioritari – quelli che provengono dall'esterno e che, simbolicamente rappresentano il percorso del paziente e la sua nuova centralità e quelli interni che appartengono alla vera e propria macchina sanitaria – rispondono a due esigenze speculari: l'una centrifuga e ascendente, l'altra centripeta e discendente.

Avere stabilito questa gerarchia ordinatrice di grande scala ha semplificato anche l'organizzazione dei differenti flussi secondari e dei collegamenti orizzontali e verticali che discendono direttamente da questa logica superiore.

Tutte le funzioni pubbliche e semipubbliche, preminenti ai piani bassi nascono da una dorsale centrale mentre le funzioni interne, strettamente sanitarie, via via più esclusive man mano che si sale verso l'alto derivano da un sistema di circolazione anulare.



La soluzione tipologica adottata per la degenza ordinaria è quella del corpo quintuplo: camera-corridoio-servizi di supporto-corridoio-camera.

Anche qui la spina dorsale del sistema è la *main street* – “l’arteria principale” – una vera e propria strada urbana pedonale che attraversa l’ospedale da parte a parte per una lunghezza complessiva di 70 metri: con slarghi, piazze, ponti su patii verdi.

L’atrio centrale, vero cuore del sistema, è uno spazio articolato. La parte centrale è a tripla altezza laddove sono localizzati gli ascensori e la scala centrale per il pubblico con copertura vetrata.

Verso ovest, alle spalle della scala, l’atrio è interrotto da un patio interno ricavato al piano interrato. È il gradone inferiore del sistema di giardini pensili che caratterizza il disegno delle sistemazioni esterne sia all’interno – tra i vari corpi di fabbrica – sia nel parco circostante.

I 20.860 mq di superficie, al netto del pacchetto di facciata e impianti, per attività sanitarie sono così articolati:

3.890 mq per servizi di diagnosi e cura pari al 18,6%;

660 mq per Degenza Diurna pari al 3,2% (la degenza diurna chirurgica si appoggia al blocco operatorio centrale);

1.500 mq per i Blocchi operatori pari al 7,2% (include blocco parto);

3.690 mq per servizi generali pari al 17,7%;

690 mq per l’Emergenza pari al 3,3%;

5.040 mq per Degenza (*High Care*) pari al 24,2%;

la distribuzione orizzontale, collegamenti verticali e cavedi hanno una superficie di 5.390 mq pari al 25,8%.



Finito di stampare nel mese di novembre 2003

